

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
PEMANFAATAN ULANG PELAYANAN RAWAT JALAN PUSKESMAS
SUSUKAN I BANJARNEGARA TAHUN 2002**



Tesis

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana S-2

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan

Oleh:

IMAM SUBARKAH

NIM. E4A000087

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
2003**

UPT-PUSTAK-UNDIP

Pengesahan Tesis

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
PEMANFAATAN ULANG PELAYANAN RAWAT JALAN
PUSKESMAS SUSUKAN I BANJARNEGARA
TAHUN 2002**

Disusun oleh

Imam Subarkah

E4A000087

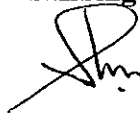
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Telah dipertahankan di depan dewan penguji
pada tanggal 20 Maret 2003
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Menyetujui

KOMISI PEMBIMBING

Pembimbing Utama



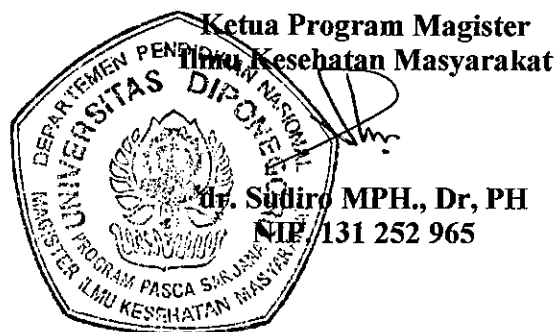
dr. Sudiro, MPH., Dr. PH
NIP. 131 252 965

Pembimbing Kedua



Lucia Ratna KW, SH., M.Kes.
NIP. 132 084 300

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan

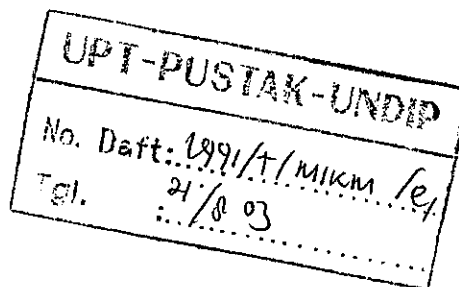


PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Maret 2003

Imam Subarkah



BIODATA PENULIS

N a m a : Iman Subarkah
Tempat, Tanggal Lahir : Banyumas, 18 Nopember 1969
Alamat : Jl. Jaya Serayu Rt 07/ I Desa Papringan
Kecamatan Banyumas Kabupaten Banyumas

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 1976 – 1982 : SD Negeri Majingklak Banyumas
2. Tahun 1982 – 1985 : SMP Negeri 1 Banyumas
3. Tahun 1985 – 1988 : SMA Negeri Banyumas
4. Tahun 1988 – 1991 : APK-TS Purwokerto
5. Tahun 1999 – 2001 : FKM UNDIP Semarang

Riwayat Pekerjaan :

1. Tahun 1992 : Diangkat menjadi PNS dan ditugaskan di Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara pada Seksi Kesehatan Lingkungan.
2. Tahun 1993 : Ditugaskan di Puskesmas Susukan I Banjarnegara
3. Tahun 1999 : Tugas Belajar di FKM UNDIP Semarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang Maha Pengasih dan Penyayang yang telah melimpahkan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis : “ Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Susukan I Banjarnegara Tahun 2002 ”.

Penulis mengucapkan terima kasih sebanyak-banyaknya atas bantuan berbagai pihak yang telah membantu terselesainya studi kami di Program Pendidikan Pasca Sarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro sampai dengan tersusunnya tesis ini. Ucapan terima kasih terutama ditujukan kepada :

1. Prof. Dr. dr. Suharyo Hadisaputro, SpPD, KI; selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang atas segala bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan
2. Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang atas segala bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan
3. Ketua Konsentrasi Administrasi Kesehatan Masyarakat Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang atas segala bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan
4. dr. Sudiro, MPH, DrPh. selaku pembimbing utama yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi
5. Lucia Ratna Kartika Wulan, SH,MKes. selaku pembimbing pendamping yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi
6. dr. Harbandinah Pietojo, SKM dan Poetoet Harijanto, SKM, MKes selaku penguji yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan masukan
7. dr. Masrifan Djamil, MPH selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara yang telah memberikan ijin, kesempatan dan bantuan selama penelitian berlangsung

8. dr. Haryanto Wigati sebagai Kepala Puskesmas Susukan I Kabupaten Banjarnegara beserta seluruh karyawan Puskesmas yang telah memberikan ijin, kesempatan dan bantuan selama penelitian berlangsung
9. Istri dan anak-anakku yang senantiasa memberikan kasih sayang dan kesabaran dalam mendorong, membangkitkan semangat dalam penulisan ini
10. Rekan-rekan tugas belajar HP-5 yang banyak sekali membantu, memberi motivasi dan bersabar atas kelalaian penulis
11. Kakak dan Adik serta semua pihak yang telah banyak membantu baik moril maupun materiil sehingga penulisan Tesis ini dapat terselesaikan

Penulis berharap semoga penulisan tesis ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan pemikiran betapapun kecil terutama bagi Puskesmas Susukan I dan Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara serta bagi penulis sendiri. Penulis menyadari bahwa karya ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun senantiasa dinantikan dengan penuh harap demi terwujudnya karya yang lebih baik di masa yang akan datang.

Akhirnya, semoga Allah SWT senantiasa melindungi dan memberikan petunjukNya kepada kita semua. Amin.

Semarang, Maret 2003

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN.....	iii
BIODATA PENULIS	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
ABSTRAK.....	xv
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	10
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	11
F. Keaslian Penelitian.....	11
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Persepsi	13
B. Pelayanan Kesehatan.....	16
1. Pengertian.....	16
2. Macam Pelayanan Kesehatan.....	16
3. Syarat Pelayanan Kesehatan.....	17
C. Mutu Pelayanan	18
1. Mutu	18
2. Mutu Pelayanan Kesehatan	22
D. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	37

E. Puskesmas	44
1. Pengertian.....	44
2. Asas Pengelolaan Puskesmas	45
3. Unit Rawat Jalan.....	47
F. Kerangka Teori	49

BAB III. METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep.....	50
B. Pernyataan Hipotesis.....	51
C. Variabel Penelitian.....	51
D. Definisi Operasional	52
E. Jenis Penelitian.....	60
F. Lokasi Penelitian.....	60
G. Populasi Dan Sampel	61
H. Sumber Data.....	63
I. Uji Validitas dan Reliabilitas	64
J. Pengolahan dan Analisis Data	66

BAB IV. HASIL PENELITIAN

A. Keterbatasan Penelitian.....	74
B. Kondisi Umum Daerah Penelitian	75
1. Kondisi Kecamatan Susukan	75
2. Kondisi Puskesmas Susukan I.....	77
C. Hasil Analisa Univariat	81
D. Hasil Analisa Bivariat	111
1. Tabulasi Silang.....	111
2. Uji Hipotesis	115
E. Hasil Analisa Multivariat	116

BAB V. PEMBAHASAN

A. Pembahasan Data Univariat.....	118
B. Pembahasan Hasil Uji Bivariat	128

C. Pembahasan Hasil Uji Multivariat	137
---	-----

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	142
--------------------	-----

B. Saran	143
----------------	-----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Proporsi Sampel Penelitian per Desa.....	62
Tabel 4.1 Distribusi Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan Kecamatan Susukan tahun 2002.....	76
Tabel 4.2 Jumlah Penduduk Menurut Mata Pencarian tahun 2002	76
Tabel 4.3 Sarana Kesehatan di Kecamatan Susukan Tahun 2002	77
Tabel 4.4 Jumlah Penduduk Wilayah Puskesmas Susukan I	78
Tabel 4.5 Distribusi Kunjungan menurut Jenis Kunjungan.....	79
Tabel 4.6 Daftar 10 Besar Penyakit Puskesmas Susukan I tahun 2002.....	79
Tabel 4.7 Kualifikasi Tenaga Kesehatan Puskesmas Susukan I	80
Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden	81
Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden Menurut Jenis Pelayanan.....	81
Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Tingkat Ekonomi Responden	82
Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Tingkat Ekonomi Responden Menurut Jenis Pelayanan.....	82
Tabel 4.12 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Bukti Langsung	83
Tabel 4.13 Distribusi Frekuensi Variabel Mutu Pelayanan Bukti Langsung.....	84
Tabel 4.14 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Bukti Langsung Pada Pelayanan Poli Umum	85
Tabel 4.15 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Bukti Langsung pada Pelayanan Poli Gigi.....	86
Tabel 4.16 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Bukti Langsung pada Unit Pelayanan KIA	87
Tabel 4.17 Distribusi Frekuensi Variabel Mutu Pelayanan Bukti Langsung Menurut Jenis Pelayanan.....	88
Tabel 4.18 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Keterhandalan.....	88

Tabel 4.19 Distribusi Frekuensi Variabel Keterhandalan	89
Tabel 4.20 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Keterhandalan Pada Pelayanan Poli Umum.....	90
Tabel 4.21 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Keterhandalan Pada pelayanan Poli Gigi	91
Tabel 4.22 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Keterhandalan Pada Unit Pelayanan KIA.....	92
Tabel 4.23 Distribusi Frekuensi Variabel Keterhandalan Menurut Jenis Pelayanan.....	92
Tabel 4.24 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Daya Tanggap.....	93
Tabel 4.25 Distribusi Frekuensi Variabel Daya Tanggap	94
Tabel 4.26 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Daya Tanggap Pelayanan poli Umum.....	94
Tabel 4.27 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Daya Tanggap Pelayanan Poli Gigi.....	95
Tabel 4.28 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Daya Tanggap Unit Pelayanan KIA	96
Tabel 4.29 Distribusi Frekuensi Variabel Daya Tanggap Menurut jenis Pelayanan.....	97
Tabel 4.30 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Kenyamanan	97
Tabel 4.31 Distribusi Frekuensi Variabel Kenyamanan.....	98
Tabel 4.32 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Kenyamanan Pelayanan Poli Umum	99
Tabel 4.33 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Kenyamanan Pelayanan Poli Gigi	100
Tabel 4.34 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Kenyamanan Unit pelayanan KIA	101
Tabel 4.35 Distribusi Frekuensi Variabel Kenyamanan Menurut Jenis Pelayanan.....	102

Tabel 4.36 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Empati.....	102
Tabel 4.37 Distribusi Frekuensi variabel Empati	103
Tabel 4.38 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Empati Pelayanan Poli Umum.....	104
Tabel 4.39 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Empati Pelayanan Poli Gigi.....	105
Tabel 4.40 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Mutu Pelayanan Empati Unit Pelayanan KIA.....	106
Tabel 4.41 Distribusi Frekuensi variabel Empati Menurut Jenis Pelayanan.....	107
Tabel 4.42 Rekapitulasi Hasil Jawaban Responden Terhadap Variabel Minat Pemanfaatan Ulang	107
Tabel 4.43 Distribusi Frekuensi variabel Minat Pemanfaatan Ulang	108
Tabel 4.44 Distribusi Frekuensi variabel Minat Pemanfaatan Ulang Menurut Jenis Pelayanan.....	109
Tabel 4.45 Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Pertanyaan Alasan Minat Pemanfaatan Ulang	110
Tabel 4.46 Tabel Silang Variabel Tingkat Pendidikan Responden dengan Pemanfaatan Ulang.....	111
Tabel 4.47 Tabel Silang Variabel Tingkat Ekonomi Responden dengan Pemanfaatan Ulang	111
Tabel 4.48 Tabel Silang Variabel Bukti Langsung dengan Pemanfaatan Ulang.....	112
Tabel 4.49 Tabel Silang Variabel Keterhandalan dengan Pemanfaatan Ulang	112
Tabel 4.50 Tabel Silang Variabel Daya Tanggap dengan Pemanfaatan Ulang.....	113
Tabel 4.51 Tabel Silang Variabel Kenyamanan/ Jaminan dengan Pemanfaatan Ulang	114
Tabel 4.52 Tabel Silang Variabel Empati dengan Pemanfaatan Ulang	114
Tabel 4.53 Tabel Rangkuman Hasil Uji Korelasi `	115
Tabel 4.54 Tabel besar hubungan pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat	117

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi	13
Gambar 2.2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi Pasien Terhadap Mutu Pelayanan	14
Gambar 2.3. Model Sistem Mutu.....	25
Gambar 2.4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Pembelian Jasa Pelayanan Kesehatan.....	38
Gambar 2.5 Model Proses Pengambilan Keputusan.....	40
Gambar 2.6 Proses Pengambilan Keputusan Konsumen	41
Gambar 2.7 Proses Perilaku/ Pemanfaatan Ulang	41
Gambar 2.8. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	42
Gambar 2.9 Kerangka Teori Penelitian.....	49
Gambar 2.10 Kerangka Konsep Penelitian	50

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian sebelum diuji
- Lampiran 2 : Data Rekapitulasi Jawaban untuk Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 3 : Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen
- Lampiran 4 : Kuesioner Penelitian setelah diuji
- Lampiran 5 : Bagan Struktur Organisasi Puskesmas Susukan I
- Lampiran 6 : Uji Frekuensi Variabel Penelitian
- Lampiran 7 : Tabulasi Silang Variabel Bebas dengan Variabel Terikat
- Lampiran 8 : Hasil Uji Korelasi Antar Variabel
- Lampiran 9 : Hasil Uji Asumsi Regresi
- Lampiran 10 : Hasil Uji Regresi Linier
- Lampiran 11 : Daftar Responden Penelitian

ABSTRACT

Imam Subarkah

Analysis of The Factors That Have Relationship with Reusing Outpatient Services at Susukan I Health Center at Banjarnegara District Year of 2002

xvii + 143 pages + 54 tables + 10 pictures + 11 enclosures

Outpatient services at the Health Center are an alternative of health services at Sub District level. The high value of reusing services is one of a good indication the community's appraisal/ the community's perception to the facilities of services. Reusing has a close relation with a level of patient's satisfaction. Data from Susukan I Health Center showed that the number of visit generally was decreasing in 1999, 2000, and 2001. In the other sides, the highest of decreasing of visit number is at general patient. The problem relates to how the Health Center faced a free market in the future and prepared to be the self-funding Health Center. Based on those problems, to know weaknesses of the Health Center in order to do the improvement efforts it needs to do the research of the factors that have relationship with reusing Outpatient Services at Susukan I Health Center.

This was observational research using *cross sectional* approach. The aim of research was to explain many independent variables that had the relationship with the dependent variable. The research's location was at Susukan I Health Center Sub District of Susukan. Number of samples were 178 respondents. They were taken proportionally at villages at work area of Susukan I Health Center in December 2002. Data processing used univariate analysis, bivariate analysis (*cross tab and pearson product moment*), and multivariate analysis (*multiple regression*). Data processing used SPSS program version 10.0.

The results of this research shows that the level of economy ($r = -0,175$), direct evidence ($r = 0,427$), reliability ($r = 0,617$), power of responses ($r = 0,369$), convenience ($r = 0,539$), and empathy ($r = 0,558$) has relationship with reusing outpatient services. Based on *multiple regression*, it is known that empathy, direct evidence, and power of responses influence to the reusing services collectively ($p = 0,001$) and the percentage of influence is 39,7%. Empathy variable is a dominant variable.

Generally, the qualities of Susukan I Health Center services are good but there still have many weaknesses, which influence to the reusing are empathy and power of responses. It needs to increase the quality of services specifically at empathy problem (attention to the visitors) and at power of responses such as training of interpersonal relations. It needs to add the quantity and the quality of officers at Unit of Children and Mother's Health services and at Unit of Dental Polyclinic services.

Key Words: Quality of Services, Reusing, and The Health Center
Bibliography: 40 (1985-2002)

PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2003

ABSTRAK

Imam Subarkah

Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat
Jalan Puskesmas Susukan I Banjarnegara Tahun 2002

xvii + 143 hal + 54 tabel + 10 gambar + 11 lampiran

Pelayanan rawat jalan Puskesmas merupakan alternatif pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan. Besarnya angka pemanfaatan pelayanan merupakan salah satu indikasi baiknya penilaian/ persepsi masyarakat pada fasilitas pelayanan tersebut. Pemanfaatan ulang erat kaitannya dengan tingkat kepuasan pasien, dimana kepuasan pasien dipengaruhi oleh mutu pelayanan. Data dari Puskesmas Susukan I menunjukkan bahwa angka kunjungan secara umum mengalami penurunan tahun 1999, 2000 dan 2001. Di sisi lain penurunan angka kunjungan terbesar ada pada pasien bayar umum. Permasalahan tersebut berkaitan dengan bagaimana masa depan Puskesmas menghadapi pasar bebas dan persiapan menjadi puskesmas swadana. Berdasarkan hal tersebut, untuk mengetahui kelemahan atau kekurangan puskesmas sehingga dapat dilakukan upaya perbaikan sesuai dengan kebutuhannya, maka perlu dilakukan penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Susukan I.

Jenis penelitian ini adalah observasional, yang bertujuan untuk menjelaskan hubungan beberapa variabel bebas dengan variabel terikat, dengan metode pengambilan data secara *cross sectional*. Lokasi penelitian di wilayah Puskesmas Susukan I Kecamatan Susukan. Jumlah responden 178, diambil secara proposional di desa wilayah Puskesmas Susukan I pada bulan Desember 2002. Data diolah secara univariat dan bivariat yang meliputi tabulasi silang dan uji korelasi Pearson product moment, dan uji multivariat dengan uji regresi linier untuk melihat hubungan variabel bebas secara bersama-sama dengan variabel terikat. Data diolah menggunakan perangkat komputer program SPSS versi 10,0.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara variabel terikat (pemanfaatan ulang) dengan variabel bebas, yaitu : tingkat ekonomi $r = -0,175$, bukti langsung $r = 0,427$, keterhandalan $r = 0,617$, daya tanggap $r = 0,369$, kenyamanan $r = 0,539$, dan empati $r = 0,558$. Sedangkan dalam uji regresi variabel yang memiliki hubungan pengaruh secara bersama-sama terhadap variabel pemanfaatan ulang adalah empati, bukti langsung dan daya tanggap dengan tingkat signifikansi $p = 0,001$ dan besar sumbangan sebesar 39,7 %. Variabel empati memiliki hubungan pengaruh yang paling besar dibanding dengan variabel yang lain.

Secara umum mutu pelayanan Puskesmas Susukan I baik, namun masih terdapat kelemahan yang cukup berpengaruh terhadap pemanfaatan ulang yaitu masalah empati dan daya tanggap. Upaya peningkatan kualitas pelayanan perlu

dilakukan terutama pada masalah empati (perhatian terhadap pengunjung) dan daya tanggap petugas, seperti dengan pelatihan masalah hubungan antar manusia (*interpersonal relations*). Unit pelayanan KIA dan unit pelayanan poli gigi perlu ditambah jumlah maupun kualitas petugasnya.

Kata kunci : Mutu pelayanan, Pemanfaatan ulang, Puskesmas
Kepustakaan : 40, 1985-2002.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan sebagai bagian integral dari pembangunan nasional memberikan andil yang bermakna terhadap pembangunan di segala bidang, karena penduduk yang sehat secara ekonomi akan lebih produktif dibanding yang kurang sehat/ sakit. Dengan kata lain, pembangunan kesehatan ikut menciptakan sumber daya manusia yang produktif sebagai subyek pelaksana pembangunan, dalam mendukung aktualisasi paradigma sehat, yaitu pembangunan berwawasan kesehatan.

Sebagai pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat sehari-hari, dipercayakan kepada Puskesmas, yang oleh pemerintah memang didirikan di semua kecamatan di Indonesia. Peranan dan kedudukan Puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Puskesmas disamping bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat, juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran. (Azwar A.1996)

Suatu jasa pelayanan akan didatangi karena dianggap mempunyai mutu pelayanan yang baik. Mutu pelayanan (*Service Quality*) terkait erat dengan kepuasan pelanggan dan asumsi umum menyebutkan bahwa *service quality* mempengaruhi kepuasan pelanggan (Woodside,1989). Taylor & Baker (1994) mengemukakan bahwa *service quality* dan kepuasan pelanggan dikenal

sebagai faktor kunci yang berpengaruh terhadap intensitas pembelian konsumen. Menurut Kotler (1995) pemanfaatan ulang sangat dipengaruhi oleh penilaian/persepsi pembeli terhadap pelayanan yang diterima sebelumnya.

Jika pelanggan merasakan apa yang ia terima sesuai dengan harapannya dan merasa puas maka hal itu dapat mendorong hubungan antara penyelenggara pelayanan dan pelanggannya menjadi harmonis, memberikan dasar yang baik bagi pembelian /pemanfaatan ulang, menciptakan loyalitas pelanggan serta membentuk rekomendasi dari mulut ke mulut (Tjiptono, 2002).

Pemanfaatan Puskesmas dapat diukur dari rata-rata kunjungan baik rawat jalan maupun rawat inap. Data di Puskesmas Susukan I dalam 3 tahun terakhir menunjukkan adanya penurunan jumlah kunjungan rawat jalan. Jumlah kunjungan rawat jalan tahun 1999, 2000 dan 2001 secara berturut-turut adalah sebanyak 23.098 orang, 22.576 orang, dan 19.162 orang.

Adapun rincian jenis/kriteria kunjungan sebagai berikut :

Tabel 1.1. Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan Menurut Jenis Pembayaran Tahun 1999, 2000 dan 2001 Di Puskesmas Susukan I

Jenis Pembayaran	Tahun		
	1999	2000	2001
Askes	1.238	1.358	1.333
Kartu Sehat	1.277	1.397	1.709
Bayar (umum)	20.583	19.821	16.120
Jumlah	23.098	22.576	19.162

Sumber : Profil Puskesmas Susukan I 1999, 2000, 2001

Tabel 1.2. Jumlah Kunjungan Bayar Umum Pasien Rawat Jalan Menurut Jenis Pelayanan Tahun 1999, 2000 dan 2001 di Puskesmas Susukan I

Jenis Pelayanan	Tahun		
	1999	2000	2001
Poli Umum	18.804	17.605	13.583
ANC/KIA	846	1.223	1.233
Poli Gigi	933	993	1.304
Jumlah	20.583	19.821	16.120

Sumber : Profil Puskesmas Susukan I 1999, 2000, 2001

Kunjungan pasien ke Puskesmas terdiri dari dua jenis kunjungan yaitu kunjungan baru dan kunjungan lama. Jumlah pasien menurut kunjungan baru dan kunjungan lama terlihat pada tabel berikut :

Tabel 1.2. Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan Menurut Kunjungan Baru dan Lama Tahun 1999, 2000 dan 2001 Di Puskesmas Susukan I

Status Kunjungan	Tahun				
	1999	2000	% penurunan	2001	% penurunan
Baru	2.206	2.109	4,39	748	64,5
Lama	20.892	20.467	2,0	18.414	10,0
Jumlah	23.098	22.576	2,25	19.162	15,1

Sumber : Profil Puskesmas Susukan I 1999, 2000, 2001

Jumlah pasien pada tahun 2002 sebanyak 21.474 orang , terdiri dari pasien bayar umum 17.537 orang (81,66 %), pasien JPS BK 2.484 orang (11,57 %) dan pasien Askes 1.453 orang (6,77 %). Jumlah kunjungan baru sebanyak 1.190 orang dan kunjungan lama sebanyak 20.284 orang.

Jika dilihat dari prosentase kunjungan umum (bukan JPS/Askes) terhadap jumlah seluruh kunjungan mengalami penurunan pada tahun 1999 adalah 89,11 %, tahun 2000 sebesar 87,79 % , tahun 2001 sebesar 84,12 %

dan pada tahun 2002 sebesar 81,66 %. Sedangkan pada kunjungan peserta kartu sehat/JPS-BK mengalami kenaikan setiap tahunnya.

Dari data kunjungan pasien menurut jenisnya yakni lama dan baru dari tahun 1999 sampai dengan 2001 terlihat adanya penurunan. Penurunan angka kunjungan lama tidak sebesar pada kunjungan baru. Penurunan jumlah kunjungan baru sangat tajam pada tahun 2001 yakni sebesar 64,5 % atau sekitar 15 kali dibanding penurunan kunjungan pada tahun 2000 yakni 4,39%. Sedangkan penurunan angka kunjungan lama pada tahun 2000 sebesar 2 % dan tahun 2001 menjadi 10 % atau hanya 5 kali lipat.

Penurunan kunjungan yang meningkat pada tahun 2001 baik kunjungan lama maupun baru dimungkinkan karena adanya kenaikan tarif dari Rp 600,- menjadi Rp 2.000,- yang diberlakukan sejak 1 Januari 2001. Penurunan angka kunjungan baru yang 5 kali lipat lebih besar dibandingkan dengan kunjungan lama diasumsikan bahwa kenaikan tarif lebih besar pengaruhnya terhadap penurunan angka kunjungan baru karena mereka belum pernah merasakan pelayanan di Puskesmas Susukan I.

Pada kunjungan lama kenaikan tarif tidak terlalu berpengaruh dan hal ini terkait dengan masalah persepsi pasien dimana mereka sudah merasakan pelayanan. Sehingga dugaan sementara bahwa kunjungan ulang ke Puskesmas susukan I lebih dominan dipengaruhi oleh persepsi pasien terhadap pelayanan daripada masalah tarif. Jika pasien telah menentukan pilihan untuk datang kembali atau memanfaatkan kembali Puskesmas berarti masalah tarif dianggap tidak berpengaruh.

Diasumsikan pula adanya kesetiaan atau kecocokan konsumen untuk datang/ memanfaatkan Puskesmas Susukan I, meskipun faktor yang berhubungan dengan kesetiaan tersebut belum diketahui. Dari hasil penelitian terdahulu (LeBoeuf,M.1992) diketahui bahwa faktor terbesar yang menyebabkan pelanggan tidak datang kembali adalah karena mutu pelayanan yang buruk (68 %).

Menurut Tim Reformasi Puskesmas Dep.Kesh. & Kesj. Sos.(2001) dalam era desentralisasi sekarang ini peningkatan kemandirian Puskesmas sangat dituntut, karenanya Puskesmas diberi kewenangan yang lebih luas terutama dalam hal perencanaan dan pengelolaan retribusi. Disisi lain seiring dengan perkembangan informasi dan arus globalisasi tuntutan masyarakat akan lebih mengarah pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang memenuhi standar pelayanan internasional.

Penurunan angka kunjungan bisa berakibat pada penurunan jumlah penerimaan retribusi dimana akan sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan pelayanan selanjutnya, karena operasional Puskesmas diambil dari dana pengembalian retribusi yakni sebesar 80 %. Semakin besar penerimaan akan semakin besar dana operasional yang dapat diterima.

Alokasi penggunaan dana 80 % (dijadikan 100 %) meliputi pemberian jasa pelayanan kesehatan (20 %), jasa manajerial (*management fee*) (20 %), operasional puskesmas (40 %), pengembangan sumber daya manusia (5 %), dan pemeliharaan gedung (15 %).

Menurut Andersen (1974) beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah faktor *need* (kebutuhan), faktor *predisposing* seperti keadaan demografi, keadaan sosial, sikap dan kepercayaan, serta faktor *enabling* seperti pendapatan keluarga, ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan baik dari segi harga/biaya pelayanan, jarak dan waktu pelayanan.

Kondisi sosial ekonomi masyarakat di wilayah Puskesmas Susukan I dimungkinkan turut mempengaruhi pola pemanfaatan pelayanan Puskesmas. Tingkat pendidikan masyarakat wilayah Puskesmas Susukan I dari usia sekolah yang ada sebagian besar tamat SD (47,7 %) disusul kemudian secara berturut-turut tidak sekolah (22,7 %), tamat SLTP (22,17 %), tamat SLTA (6,94 %) dan tamat Akademi/ PT (0,4 %).

Data di Puskesmas mencatat ada 2.646 KK yang merupakan pemegang kartu sehat/JPS-BK. Data dari BKKBN Kecamatan Susukan menyebutkan bahwa jumlah keluarga yang masuk kriteria pra sejahtera karena alasan ekonomi ada 3.968 KK dari 9.670 KK yang ada di wilayah Puskesmas Susukan I. Peningkatan angka kunjungan pasien JPS dan penurunan angka kunjungan bayar tentu akan mengurangi jumlah penerimaan retribusi.

Sementara itu target perolehan retribusi yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah untuk unit kesehatan termasuk Puskesmas Susukan I semakin naik. Sebagai gambaran target retribusi Puskesmas Susukan I tahun 2000 adalah Rp 8.759.000,- dan tahun 2001 menjadi Rp 40.140.000,-. Realisasi pendapatan pada akhir tahun 2001 sebesar Rp 36.943.000,- atau

sekitar 92 %. Pertimbangan Pemda Banjarnegara menaikkan target retribusi disamping tuntutan konsekuensi otonomi daerah juga didasarkan pada pertambahan jumlah penduduk dan kenaikan tarif dari Rp. 600,- menjadi Rp 2.000,-

Mutu pelayanan Puskesmaspun semakin harus ditingkatkan terutama dalam mendukung pembangunan kesehatan di era otonomi daerah dan menghadapi persaingan pasar bebas 2003. Apalagi pesaing yang ada disekitar Puskesmas Susukan I terus berkembang yaitu Rumah Sakit Emanuel yang berjarak sekitar 3,5 km dari Puskesmas Susukan I dan RSUD Banyumas yang berjarak sekitar 15 km dari Puskesmas Susukan I.

Masalah yang muncul dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh faktor- faktor tersebut. Fungsi Puskesmas sebagai ujung tombak dalam mengembangkan dan membina kesehatan masyarakat serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan terdepan dan terdekat dengan masyarakat menjadi kurang optimal. Padahal semestinya diharapkan Puskesmas mampu memberikan pelayanan yang baik sehingga menjadi alternatif pemilihan pelayanan kesehatan masyarakat.

Sementara itu sebab-sebab atau faktor yang berpengaruh terhadap menurunnya jumlah kunjungan pasien belum diketahui secara jelas. Desamping itu belum ada kajian yang dilakukan di Puskesmas Susukan I untuk mengetahui sebab menurunnya angka kunjungan, dimana asumsi sementara terkait dengan mutu pelayanan yang ada.

Dengan diketahuinya faktor-faktor tersebut nantinya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam membuat perencanaan strategis Puskesmas. Sebab perencanaan strategis menurut Bryson, M. John. (2000), merupakan hal yang sangat diperlukan untuk menciptakan prioritas, mengantisipasi keadaan yang selalu berubah dengan cepat, memecahkan masalah utama organisasi, memperbaiki kinerja organisasi, dan juga dalam rangka menghadapi persaingan dengan sektor lain. Untuk itu kiranya diperlukan penelitian lebih lanjut.

B. PERUMUSAN MASALAH

Dari uraian pada latar belakang menunjukkan bahwa :

- Setelah adanya kenaikan tarif, penurunan angka kunjungan lama tidak sebesar pada kunjungan baru, hal ini diasumsikan adanya kesetiaan pasien yang erat hubungannya dengan kepuasan dan mutu pelayanan Puskesmas Susukan I. Faktor mutu pelayanan apa saja yang berhubungan dengan kunjungan ulang belum diketahui.
- Adanya penurunan angka kunjungan pasien secara umum di Puskesmas Susukan I pada tahun 1999, 2000 dan 2001. Hal ini menimbulkan pertanyaan bagaimana dengan masa depan Puskesmas sehubungan dengan era desentralisasi dimana Puskesmas dituntut untuk meningkatkan kemandiriannya dan menghadapi persaingan bebas.

Oleh karena itu perumusan masalah yang perlu untuk mendapatkan jawaban adalah faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Susukan I Banjarnegara.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan keputusan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Susukan I Banjarnegara.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui minat pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Susukan I Banjarnegara
- b. Mengetahui karakteristik pasien yang meliputi tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi di Puskesmas Susukan I Banjarnegara
- c. Mengetahui mutu pelayanan menurut persepsi pasien yang terdiri dari bukti langsung, keterhandalan, daya tanggap, kenyamanan/jaminan dan empati di Puskesmas Susukan I Banjarnegara
- d. Mengetahui hubungan tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, faktor mutu pelayanan bukti langsung/kondisi fisik, keterhandalan, daya tanggap, kenyamanan, dan empati menurut persepsi pasien dengan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Susukan I Banjarnegara

- e. Mengetahui hubungan pengaruh beberapa variabel bebas secara bersama dengan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan di Puskesmas Susukan I Banjarnegara

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Puskesmas Susukan I dan Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara.

Untuk mengetahui kekurangan/ kelemahan yang ada, sehingga dapat digunakan sebagai bahan masukan upaya perbaikan mutu pelayanan Puskesmas Susukan I khususnya dan Puskesmas di kabupaten Banjarnegara pada umumnya.

2. Bagi Kesehatan Masyarakat.

Sebagai tambahan khasanah keilmuan bidang kebijakan kesehatan dan masukan bagi peneliti lain yang meneliti mengenai kualitas pelayanan dan pemanfaatan pelayanan Puskesmas.

3. Bagi Peneliti

Sebagai tambahan pengetahuan dan pengalaman yang dapat diterapkan di lingkungan kerja.

E. RUANG LINGKUP PENELITIAN

1. Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk ke dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya dalam bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dengan menitik beratkan pada Manajemen Mutu Pelayanan.

2. Lingkup Lokasi

Penelitian ini dilakukan di puskesmas Susukan I Kabupaten Banjarnegara

3. Lingkup Materi

Penelitian ini mengambil bahan atau materi berupa mutu pelayanan rawat jalan Puskesmas Susukan I berdasar penilaian konsumen pengaruhnya terhadap keputusan pemanfaatan pelayanan rawat jalan.

4. Lingkup Sasaran

Penelitian ini mengambil sasaran yaitu pasien Puskesmas Susukan I Banjarnegara

5. Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan sejak bulan Juli 2002 sampai dengan selesai.

F. KEASLIAN PENELITIAN

Sepengetahuan penulis, penelitian yang pernah dilakukan yang hampir sama dengan penelitian ini antara lain :

- Isnaini, Mochamad (1999) meneliti tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan keputusan memilih rawat inap di Rumah Sakit Pertamina Klayan (RSPK) Cirebon. Hasil penelitian menunjukkan faktor yang berhubungan dengan keinginan memilih kembali rawat inap RSPK antara lain : jarak, penghasilan, biaya perawatan dan fasilitas penunjang non medis.
- Nurhayati (1999) yang meneliti tentang analisis minat masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan rawat inap Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan. Penelitian ini menganalisis berbagai faktor yang mempengaruhi

minat masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan rawat inap Puskesmas.

Unit analisisnya adalah masyarakat wilayah Puskesmas.

- Ratna Ismoyowati (1998) yang meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Batang.

Unit analisis dalam penelitian ini adalah pasien rawat jalan dari poliklinik spesialis kecuali poli anak dan mata di Rumah Sakit Umum Batang.

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan rawat jalan antara lain : adanya persepsi sakit, penghasilan, penyandang dana dan jarak.

Hal yang membedakan penelitian ini dari penelitian sebelumnya adalah bahwa penulis akan meneliti tentang faktor mutu pelayanan yang berhubungan dengan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas. Unit analisisnya adalah pasien Puskesmas. Dengan hasil penelitian ini diharapkan akan dapat dibuat perencanaan mutu pelayanan di Puskesmas (khususnya Puskesmas Susukan I Banjarnegara).

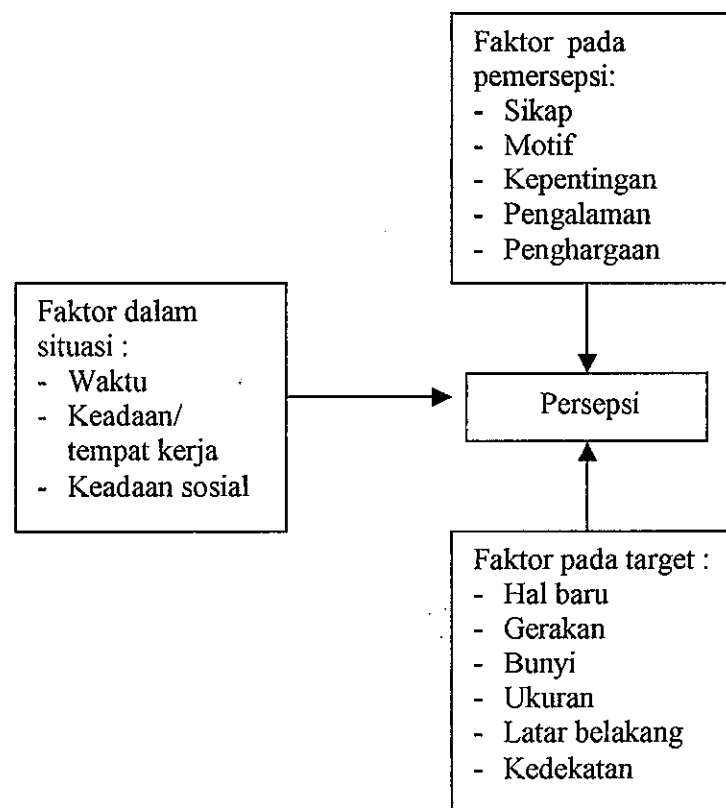
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. PERSEPSI

Persepsi diartikan sebagai suatu proses dengan mana individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan indera mereka agar memberi makna kepada lingkungan mereka (Robbins, 2001).

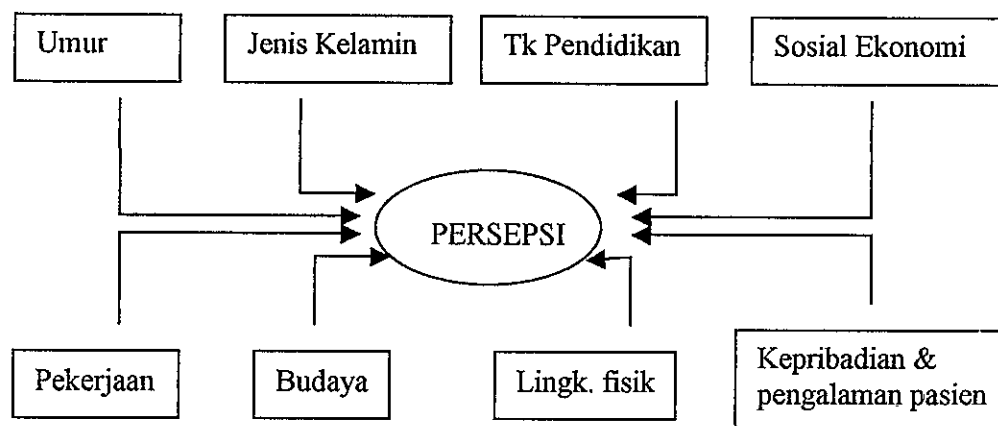
Robbins (2001) menjelaskan bahwa ada 3 faktor utama yang mempengaruhi persepsi individu yaitu : pelaku persepsi (*perceiver*), obyek/target yang dipersepsikan dan situasi dimana persepsi itu dilakukan.



Gambar 2.1. Faktor- faktor yang mempengaruhi persepsi (Robbins, 2001)

Boyd, dkk (2000) mengartikan persepsi (*perception*) sebagai proses dengan apa seseorang memilih, mengatur dan menginterpretasi informasi. Proses seseorang untuk sampai pada perilaku pembelian/pemanfaatan suatu produk atau jasa melalui tahapan : identifikasi masalah (adanya kebutuhan), pencarian informasi, evaluasi alternatif, dan kemudian pembelian/pemanfaatan serta evaluasi paska pembelian.

Jacobalis (2000) mengatakan bahwa persepsi konsumen terhadap mutu pelayanan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu antara lain : umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, serta kepribadian dan pengalaman pasien. Hal tersebut digambarkan oleh Jacobalis (2000) sebagai berikut :



Gambar 2.2. Faktor faktor yang mempengaruhi persepsi pasien terhadap mutu pelayanan (Jacobalis, 2000)

Azwar, A (1994) mengemukakan bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan semakin berkurang kunjungannya ke Puskesmas tetapi semakin sering kunjungannya ke fasilitas modern.

Pada situasi krisis ekonomi, masyarakat akan berupaya memaksimalkan utilitas sumber daya yang terbatas. Permintaan atas pelayanan rawat inap mungkin bergeser ke arah jenis pelayanan yang lebih murah, misalnya rawat jalan, atau ke sarana yang memperoleh subsidi, misalnya fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah termasuk Puskesmas. (Kusnanto, 1999)

Menurut Azwar, A (1991) permintaan terhadap pelayanan yang lebih baik dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang ada. Semakin mapan pekerjaan seseorang maka akan memilih sarana pelayanan yang lebih baik (Yoeti, O.1999).

Sikap seseorang dalam menilai suatu unit pelayanan kesehatan yang mendasari pemanfaatan pelayanan kesehatan diperoleh dari proses evaluasi dalam dirinya yang memberi kesimpulan nilai dalam bentuk baik atau buruk, positif atau negatif, menyenangkan atau tidak menyenangkan, suka atau tidak suka. Terbentuknya sikap ini dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting dan emosi dalam diri individu. (Azwar, S.1988)

Kondisi sosial budaya juga mempengaruhi penentuan sikap seseorang. Karena pada dasarnya individu selalu dalam situasi sosial. Interaksi antar individu selalu terjadi. Kejadian kejadian di masyarakat (termasuk dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan) pada dasarnya bersumber dari interaksi individu dengan individu yang saling memengaruhi. Perasaan, pikiran dan keinginan yang ada pada diri seseorang tidak hanya sebagai sumber tenaga

yang bisa menggerakkan individu itu sendiri, melainkan merupakan dasar pulabagi aktifitas dari orang lain. (Ahmadi, Abu. 1991)

Perilaku individu dipengaruhi oleh faktor kekuatan sosial budaya dan kekuatan psikologis. Faktor kekuatan sosial budaya terdiri dari faktor budaya, faktor kelas sosial, faktor kelompok anutan dan faktor keluarga. Sedangkan faktor psikologis terdiri dari faktor pengalaman belajar, faktor kepribadian, faktor sikap dan keyakinan, serta faktor konsep diri (*self concept*). (Mangkunegara,P .A.1988)

B. PELAYANAN KESEHATAN

1. Pengertian

Levey dan Looba menjabarkan pengertian pelayanan kesehatan yaitu setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. (Azwar A,1996)

2. Macam Pelayanan Kesehatan

Hodgetts dan Cascio sebagaimana disebutkan oleh Azwar A (1996), menerangkan bahwa secara umum ada dua macam pelayanan kesehatan yaitu :

a. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian

yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya yaitu untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

3. Syarat Pelayanan Kesehatan

Azwar A (1996) menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan yang baik memerlukan berbagai persyaratan pokok, antara lain :

1. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continius*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

2. Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

3. Mudah dicapai

Pelayanan kesehatan yang baik adalah mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian disini terutama dari sudut lokasi. Sehingga pengaturan pendistribusian sarana pelayanan kesehatan menjadi sangat penting.

4. Mudah dijangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan disini terutama dari sudut biaya. Sehingga harus diupayakan biaya kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

5. Bermutu

Pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Mutu disini menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

C. MUTU PELAYANAN

1. Mutu

Menurut Armand V.F sebagaimana dikemukakan oleh Djoko Wijono (1999) yang dimaksud dengan mutu produk atau jasa adalah seluruh gabungan sifat-sifat produk atau jasa pelayanan dari pemasaran, engineering, manufaktur, dan pemeliharaan dimana produk atau jasa pelayanan dalam menggunakannya akan bertemu dengan harapan pelanggan.

Terdapat beberapa definisi profesional tentang mutu yang banyak dikemukakan, agak berbeda-beda namun saling melengkapi yang menambah pengertian dan wawasan tentang apa yang dimaksud dengan mutu, antara lain:

- Mutu adalah gambaran total sifat dari produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan (American Society for Quality Control)
- Mutu adalah "*Fitness for use*" atau kemampuan kecocokan penggunaan (J.M Juran)
- Mutu adalah kesesuaian terhadap permintaan persyaratan (*The conformance of requirements*-Philip B. Crosby, 1979)

J.M Juran (1995) mengemukakan bahwa banyak arti tentang mutu namun dua diantaranya sangat penting bagi manajer, meskipun tidak semua pelanggan menyadarinya, yaitu :

- Mutu sebagai keistimewaan produk. Di mata pelanggan , semakin baik keistimewaan produk semakin tinggi mutunya.
- Mutu berarti bebas dari kekurangan (*defisiensi*). Di mata pelanggan semakin sedikit kekurangan berarti semakin baik mutunya.

J.M Juran juga mendefinisikan keistimewaan produk sebagai sifat yang dimiliki oleh suatu produk yang dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan tertentu dari konsumen sehingga bisa memberikan kepuasan kepada konsumen. Sedangkan yang dimaksud dengan defisiensi produk adalah kegagalan produk yang mengakibatkan ketidak puasan (kekecewaan) terhadap produk.

Mutu tidak datang demikian saja, perlu direncanakan atau dirancang, demikian menurut Juran (1995). Perencanaan mutu yang disampaikan Juran merupakan suatu bagian yang sangat diperlukan dalam Trilogi Juran yang berkaitan dengan Perencanaan Mutu (*Quality Planing*), Pengendalian Mutu (*Quality Control*), Peningkatan Mutu (*Quality Improvement*). Ketiga unsur dalam Trilogi Juran dapat diterangkan sebagai berikut : (Djoko Wijoyo,1999)

a. Perencanaan Mutu

Bahwa mutu tidak datang secara kebetulan demikian saja, namun diperlukan penyelenggaraan pelatihan khusus. Suatu mutu seharusnya direncanakan atau dirancang, yang terdiri atas tahap-tahap berikut :

- Menetapkan (identifikasi) siapa pelanggan
- Menetapkan (identifikasi) kebutuhan pelanggan

- Mengembangkan keistimewaan produk merespon kebutuhan pelanggan
- Mengembangkan proses yang mampu menghasilkan keistimewaan produk
- Mengarahkan perencanaan ke kegiatan-kegiatan operasional

b. Pengendalian Mutu

Kontrol mutu adalah proses deteksi dan koreksi adanya penyimpangan atau perubahan segera setelah terjadi, sehingga mutu dapat dipertahankan. Menyesuaikan spesifikasi standar-standar dan meletakkan standar-standar serta prosedur-prosedur yang memerlukan segera tindakan koreksi dari berbagai masalah, sehingga keadaan status quo dapat diperbaiki. Langkah kegiatan yang dikerjakan antara lain :

- Evaluasi kinerja dan kontrol produk
- Membandingkan kinerja aktual terhadap tujuan produk
- Bertindak terhadap perbedaan atau penyimpangan mutu yang ada.

c. Peningkatan Mutu

Peningkatan mutu mencakup dua hal, fitness for use dan mengurangi kecacatan dan kesalahan. Kegiatan-kegiatan peningkatan mutu antara lain :

- Mengadakan infrastruktur yang diperlukan bagi upaya peningkatan mutu
- Identifikasi apa yang perlu ditingkatkan dan proyek peningkatan mutu

- Menetapkan tim proyek
- Menyediakan tim dengan sumber daya, pelatihan, motivasi untuk :
mendiagnosa penyebab, merangsang perbaikan dan mengadakan
pengendalin agar tetap tercapai perolehan

2. Mutu Pelayanan Kesehatan

J Supranto (1997) mengatakan bahwa kualitas adalah kata yang bagi penyedia jasa merupakan sesuatu yang harus dikerjakan dengan baik. Aplikasi kualitas sebagai sifat dari penampilan produk atau kinerja merupakan bagian utama strategi perusahaan dalam rangka meraih keunggulan yang berkesinambungan, baik sebagai pemimpin pasar ataupun sebagai strategi untuk terus tumbuh.

Wijoyo Dj (1999) mengatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan atau pemeliharaan kesehatan diterima dan didefinisikan dalam banyak pengertian. Mutu pelayanan kesehatan dapat semata mata dimaksudkan dari aspek teknis medis yang hanya berhubungan langsung antara pelayanan medis dan pasien saja, atau mutu pelayanan kesehatan dari sudut pandang sosial dan sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk akibat-akibat manajemen administrasi, keuangan, peralatan dan tenaga kesehatan lainnya.

Azwar A.(1994), mengatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan sebenarnya menunjuk kepada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan. Secara umum disebutkan bahwa makin sempurna penampilan pelayanan kesehatan, makin sempurna pula mutunya. Juga dikatakan

bahwa pembahasan tentang kualitas pelayanan kesehatan yang baik mengenal dua pembatasan, yaitu pembatasan pada derajat kepuasan pasien dan pembatasan pada upaya yang dilakukan.

1. Pembatasan pada derajat kepuasan pasien

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik adalah apabila pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tersebut dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama pelayanan kesehatan tersebut.

2. Pembatasan pada upaya yang dilakukan

Kualitas pelayanan kesehatan yang baik adalah apabila tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar serta kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Pelayanan kesehatan merupakan bentuk pelayanan jasa. Beberapa karakteristik jasa sebagaimana disebutkan oleh Kotler P.(1994), meliputi :

1. *Intangible* (tidak berujud)

Suatu jasa mempunyai sifat tidak berujud, tidak dapat dirasakan dan dinikmati sebelum dibeli oleh konsumen

2. *Inseparability* (tidak dapat dipisahkan)

Pada umumnya jasa yang diproduksi (dihasilkan) dan dirasakan pada waktu bersamaan dan apabila dikehendaki oleh seorang untuk diserahkan kepada pihak lainnya, maka dia akan tetap merupakan bagian dari jasa tersebut.

3. *Variability* (bervariasi)

Jasa senantiasa mengalami perubahan, tergantung dari siapa penyedia jasa, penerima jasa dan kondisi dimana jasa tersebut diberikan

4. *Perishability* (tidak tahan lama)

Daya tahan suatu jasa tergantung suatu situasi yang diciptakan oleh berbagai faktor.

Menurut Azwar A (1994), penampilan merupakan keluaran (*output*) dari suatu pelayanan kesehatan. Baik tidaknya keluaran (*output*) dipengaruhi oleh proses (*process*), masukan (*input*) dan lingkungan (*envirounment*), hal ini dijelaskan sbb :

1. Unsur masukan

Unsur masukan meliputi tenaga, dana dan sarana. Apabila tenaga dan sarana (kuantitas & kualitas) tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of personnels and facilities*), serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sulit diharapkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

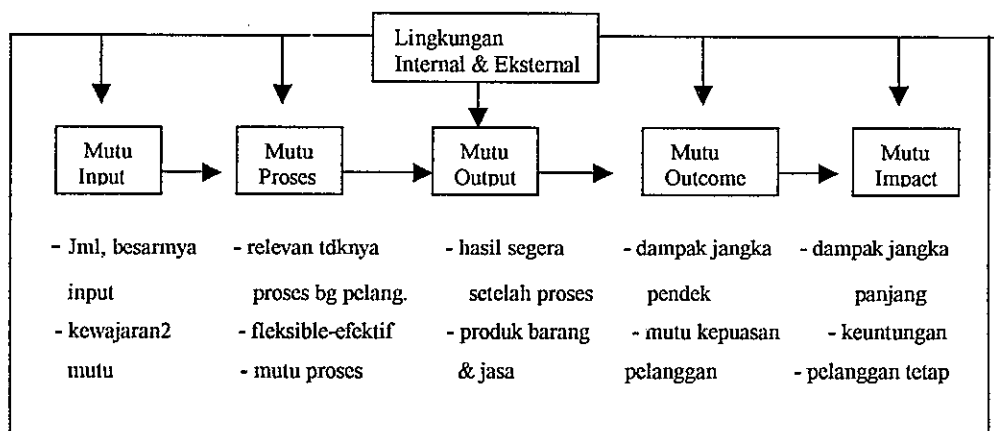
2. Unsur Lingkungan

Meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen. Apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standard of organization and management*) dan/atau tidak bersifat mendukung maka sulit diharapkan pelayanan kesehatan yang mermutu.

3. Unsur Proses

Meliputi tindakan medis dan non medis. Apabila tindakan tersebut tidak sesuai dengan standar (*standard of conduct*) maka sulit diharapkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Gambaran mengenai mutu kaitannya dengan sistem pelayanan yang berkaitan dengan input, proses, output, outcome dan impact serta lingkungan yang mempengaruhi digambarkan oleh Wijono Dj (1999) dalam model sistem sebagai berikut :



Gambar 2.3. Model Sistem Mutu, Wijono Dj (1999)

Wijono Dj. (1999) menjelaskan bahwa ada 9 area fundamental yang mempengaruhi mutu produk dan jasa pelayanan, yaitu :

1. *Men* : kemajuan teknologi, komputer dan lain-lain memerlukan pekerja-pekerja spesialis yang makin banyak
2. *Money* : meningkatnya kompetisi disegala bidang memerlukan penyesuaian pembiayaan yang luar biasa termasuk untuk mutu

3. *Materials* : bahan-bahan yang semakin terbatas dan jenis material yang diperlukan
4. *Machines* dan *mechanization* : selalu perlu penyesuaian-penyesuaian seiring dengan kebutuhan kepuasan pelanggan
5. *Modern information methods* : kecepatan kemajuan teknologi komputer yang harus selalu diikuti
6. *Markets* : tuntutan pasar yang semakin tinggi dan luas
7. *Management* : tanggung jawab manajemen mutu oleh perusahaan
8. *Motivation* : meningkatnya mutu yang kompleks perlu kesadaran mutu bagi pekerja-pekerja
9. *Mounting product requirement* : persyaratan produk yang meningkat yang diminta pelanggan perlu penyesuaian mutu terus-menerus

Parasuraman A dkk (1985) mengatakan bahwa kualitas pelayanan yaitu pelayanan yang diterima dan dirasakan (*perceived service*) dan harapan yang diperoleh (*expected service*). Apabila service/ pelayanan yang diterima atau dirasakan sesuai dengan yang diharapkan maka kualitas jasa dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika service melampaui harapan maka kualitas jasa dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika service yang diterima lebih rendah dari apa yang diharapkan, maka berarti buruk.

Pada penelitian awal Parasuraman (1985) sebagaimana disebutkan dalam *Journal of Health Care Marketing* (Woodside, 1989) mengidentifikasi 10 dimensi pokok dari kualitas layanan yaitu :

1. Reliabilitas, yaitu konsistensi kinerja dan kemandirian
2. Daya tanggap, keinginan atau kesiapan untuk menyediakan pelayanan
3. Kompetensi, memiliki ketrampilan yang cukup dan pengetahuan untuk memenuhi pelayanan
4. Akses, keterjangkauan dan mudah dijangkau
5. Komunikasi, menjaga informasi kepada pelanggan dalam bahasa yang dimengerti dan didengar mereka
6. Kesopanan, yakni santun, rasa hormat, pertimbangan dan keakraban hubungan personal
7. Kredibilitas, layak dipercaya dan jujur
8. Keamanan, bebas dari bahaya, resiko atau keragu-raguan
9. Kemampuan memahami pelanggan, menciptakan usaha-usaha untuk mengetahui kebutuhan pelanggan
10. Bukti fisik, pelayanan fisik yang faktual (kenyataan)

Menurut Sussman *et al* (Wijono, 1999) gambaran pasien tentang mutu pelayanan antara lain :

- a. Dokter terlatih baik
- b. Melihat dokter yang sama setiap visite
- c. Perhatian pribadi dokter terhadap pasien
- d. Privacy dalam diskusi penyakit
- e. Ongkos klinik terbuka
- f. Waktu tunggu dokter yang singkat
- g. Informasi dari dokter

- h. Ruang istirahat yang baik
- i. Staf yang menyenangkan
- j. Ruang tunggu yang nyaman

Menurut Ware dan Snyder (Wijono, 1999) aspek dari perilaku dokter dan atribut-atribut dari sistem pelayanan kesehatan antara lain :

1. Tingkah laku dokter
2. Fungsi “pengobatan/penyembuhan (*curing*)”
 - a. Pemberian informasi
 - b. Ukuran-ukuran preventif
 - c. Tenggang rasa
 - d. Perawatan lanjutan
 - e. Kebijaksanaan
3. Fungsi “pemeliharaan/perawatan (*caring*)”
 - a. Menentramkan hati
 - b. Penuh perhatian
 - c. Sopan santun, respek
4. Tersedianya (*availability*) sarana dan prasarana
 - a. Mempunyai rumah sakit
 - b. Mempunyai spesialis
 - c. Mempunyai dokter keluarga
 - d. Fasilitas-fasilitas kantor lengkap
5. Kelangsungan suatu hal yang dapat menyenangkan (*convenience*)
 - a. Kelangsungan perawatan

- b. Dokter keluarga yang teratur
 - c. Ketentraman pelayanan
6. Akses
- a. Biaya perawatan
 - b. Perawatan darurat
 - c. Mekanisme pembayaran
 - d. Cakupan asuransi kesehatan
 - e. Kemudahan medical check up.

Menurut Berry *et al* (1985) sebagaimana disebut dalam Total Quality Management (Tjiptono, 2002) menggolongkan dimensi kualitas pelayanan menjadi lima kelompok yaitu :

1. *Tangible* (bukti langsung), yaitu penampilan luar yang dapat dilihat secara langsung. Faktor bukti langsung berupa fasilitas fisik, peralatan, personil dan media komunikasi.
2. *Reliability* (keterhandalan), yaitu kemampuan untuk menampilkan pelayanan yang dapat diandalkan/dijanjikan secara tepat dan akurat. Hal ini berarti bahwa pelayanan harus tepat waktu dalam spesifikasi yang sama dan tanpa kesalahan kapanpun pelayanan itu dibutuhkan.
3. *Responsiveness* (daya tanggap) yaitu dapat menjawab kebutuhan atau dapat diartikan dengan kemauan untuk menolong pasien dan memberikan pelayanan secara cepat.
4. *Assurance* (kenyamanan) yaitu jaminan, ketenangan atau kenyamanan. Hal ini meliputi pengetahuan, kemampuan dan rasa hormat karyawan

dalam memberikan pelayanan, kesopanan dan keefektifan dalam berkomunikasi dengan konsumen, dan sikap penyelenggara pelayanan keseluruhan kepada pasien.

5. *Emphaty* (perhatian) yaitu bagaimana karyawan penyelenggara pelayanan menjaga dan memberikan perhatian kepada pasien secara pribadi.

Pusdiklat Dep.Kes.RI (1997) menyebutkan 16 dimensi mutu pelayanan kesehatan, yaitu :

1. *Efficacy*, yaitu pelayanan yang memberikan manfaat dan hasil yang diinginkan
2. *Appropiatness*, yaitu pelayanan yang diberikan relevan dengan kebutuhan klinis pasien dan didasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan
3. *Availability*, yaitu pelayanan yang dibutuhkan tersedia
4. *Accessability*, yaitu pelayanan yang diberikan, dimanfaatkan/diakses yang membutuhkan.
5. *Effectiveness*, yaitu pelayanan yang diberikan dengan prosedur yang benar, berdasarkan ilmu pengetahuan dan dapat mencapai hasil yang diinginkan.
6. *Amenities*, yaitu kenyamanan fasilitas pelayanan yang digunakan.
7. *Technical competence*, yaitu tenaga yang memberikan pelayanan memiliki kompetensi teknis yang dipersyaratkan.

8. *Affordability*, yaitu pelayanan yang diberikan dapat dijangkau secara finansial oleh yang membutuhkan.
9. *Acceptability*, yaitu pelayanan yang diberikan dapat diterima oleh masyarakat pengguna.
10. *Safety*, yaitu pelayanan yang diberikan cukup aman
11. *Efficiency*, yaitu pelayanan yang diberikan dilakukan dengan efisien.
12. *Interpersonal relationship*, yaitu pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan maupun antar petugas pemberi pelayanan.
13. *Continuity of care*, yaitu pelayanan yang diberikan berkelanjutan, terkoordinir dari petugas dan pemberi pelayanan.
14. *Respect and caring*, yaitu pelayanan yang diberikan dilakukan dengan sopan, hormat dan penuh perhatian.
15. *Legitimacy/accountability*, yaitu pelayanan yang diberikan dapat dipertanggung jawabkan secara medik maupun hukum.
16. *Timelines*, yaitu pelayanan yang diberikan tepat waktu.

Menurut Lori Di Prete Brown, et al., dalam bukunya *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries* (Wijono, 1999) terdapat delapan dimensi mutu pelayanan kesehatan yang dapat membantu pola pikir dalam menetapkan masalah dan menganalisa masalah yang ada untuk mengukur sampai sejauh mana telah dicapai standar program atau standar pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Kompetensi teknis (*Technical competence*). Kompetensi teknis terkait dengan ketrampilan, kemampuan dan penampilan petugas, manajer, dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar yang telah ditetapkan dalam hal : dapat dipertanggung jawabkan atau diandalkan (*dependability*), ketepatan (*accuracy*), ketahanan uji (*reliability*), dan konsistensi (*consistency*).
2. Akses terhadap pelayanan (*Access to service*)

Akses berarti pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa. Akses geografis dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan memberikan pelayanan kesehatan yang pembiayaannya terjangkau pasien (*affordability*). Akses sosial atau budaya berkaitan dengan diterimanya pelayanan yang dikatkan dengan nilai budaya, kepercayaan dan perilaku. Akses organisasi berkaitan dengan sejauh mana pelayanan diatur untuk kenyamanan pasien, jam kerja klinik, waktu tunggu. Akses bahasa berarti bahwa pelayanan diberikan dalam bahasa atau dialek setempat yang dipahami pasien.
3. Efektifitas (*Effectiveness*)

Kualitas pelayanan kesehatan tergantung dari efektifitas yang menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinis sesuai dengan standar yang ada.

4. Efisiensi (*Efficiency*)

Efisiensi pelayanan kesehatan merupakan dimensi yang penting dari mutu karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal daripada memaksimalkan pelayanan kepada pasien dan masyarakat. Petugas akan memberikan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki. Pelayanan yang kurang baik karena norma yang tidak efektif atau pelayanan yang salah harus dikurangi atau dihilangkan. Dengan cara ini, kualitas dapat ditingkatkan sambil menekan biaya. Pelayanan yang kurang baik, disamping menyebabkan risiko yang tidak perlu terjadi dan kurang nyamannya pasien, seringkali mahal dan memakan waktu lama untuk memperbaiki. Dengan menganalisis efisiensi, maka dapat dipilih intervensi yang paling cost-effective.

5. Kontinuitas (*Continuity*)

Kelangsungan pelayanan berarti klien akan menerima pelayanan yang lengkap yang dibutuhkan (termasuk rujukan) tanpa interupsi, berhenti atau mengulangi prosedur diagnosa dan terapi yang tidak perlu. Kelangsungan pelayanan kadang-kadang dapat diketahui dengan cara pelanggan tersebut mengunjungi petugas yang sama, atau pada situasi

lain, dapat diketahui dari rekam medis yang lengkap dan akurat, sehingga petugas lain mengerti riwayat penyakit dan diagnosa serta pengobatan yang pernah diberikan sebelumnya. Tidak adanya kelangsungan pelayanan akan mengurangi efisiensi dan kualitas hubungan antar manusia.

6. Keamanan (*Safety*)

Sebagai salah satu dimensi mutu, keamanan berarti mengurangi risiko cedera, infeksi, efek samping, atau bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan. Unsur keamanan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas atau Rumah Sakit misalnya di ruang tunggu pasien yang punya risiko infeksi bisa ditularkan pasien infeksi lain jika tidak diambil tindakan pengamanan.

7. Hubungan antar manusia (*Interpersonal relations*)

Dimensi hubungan antar manusia berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dan pasien, manajer dan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara : menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsif dan memberikan perhatian. Mendengar keluhan dan berkomunikasi secara efektif merupakan hal yang penting. Pasien yang diperlakukan kurang baik cenderung untuk mengabaikan saran dan nasihat petugas kesehatan, atau tidak mau berobat ke tempat tersebut.

8. Kenyamanan (*Amenities*), kenikmatan

Kenyamanan/kenikmatan berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya. Kenyamanan penting karena dapat mempengaruhi kepercayaan pasien dalam pelayanan kesehatan. Bila biaya berobat menjadi pertimbangan, maka amenities akan mempengaruhi kemauan pasien untuk membayar pelayanan. Kenyamanan juga berhubungan dengan penampilan fisik dari fasilitas kesehatan, personil, dan peralatan medis maupun non medis. Kenyamanan, kebersihan dan privacy juga sangat berperan. Unsur amenities yang lain, misalnya hal-hal yang membuat waktu tunggu lebih menyenangkan seperti adanya : musik, televisi, majalah, dan lain-lain. Kebersihan, adanya kamar kecil dan sekat/gorden di ruang periksa penting untuk menarik pasien yang dapat menjamin kelangsungan berobat dan meningkatkan cakupan.

Menurut Azwar A. (1996) penilaian terhadap mutu pelayanan tidaklah mudah, karena mutu pelayanan tersebut bersifat multi-dimensional. Penelitian Roberts dan Prevost (Azwar A 1996) menunjukkan adanya perbedaan dimensi tersebut, yakni :

1. Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas

dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien, dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.

2. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada demensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.

3. Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada demensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan, dan atau kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Smith dan Metzner (1970) juga mencatat adanya perbedaan dimensi tersebut. Untuk para dokter sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, dimensi mutu pelayanan kesehatan yang dipandang paling penting adalah pengetahuan ilmiah yang dimiliki oleh dokter (80 %), kemudian disusul perhatian dokter secara pribadi kepada pasien (60 %), ketrampilan yang dimiliki dokter (50 %), efisiensi pelayanan kesehatan (45 %) serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (8 %).

Sedangkan untuk pasien sebagai pemakai jasa pelayanan kesehatan, dimensi mutu pelayanan yang dipandang paling penting

adalah efisiensi pelayanan kesehatan (45 %), kemudian perhatian dokter secara pribadi kepada pasien (40 %), pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter (40 %), ketrampilan yang dimiliki dokter (35 %) serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (35 %).

Untuk mengatasi perbedaan dimensi ini, telah diperoleh kesepakatan dalam membicarakan masalah mutu pelayanan kesehatan, seyogyanya pedoman yang dipakai adalah hakekat dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan tersebut. Untuk itu mudah dipahami bahwa hakekat dasar itu adalah untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health needs and demands*), yang apabila dipenuhi akan menimbulkan rasa puas (*client satisfaction*) terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Dengan kesepakatan ini, disebutkan yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut makin baik pula mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 1996)

D. PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN

Mutu pelayanan terkait erat dengan kepuasan pelanggan, dan asumsi umum menyebutkan bahwa mutu pelayanan mempengaruhi kepuasan pelanggan. (Woodside, 1989). Mutu pelayanan dan kepuasan pelanggan

dikenal sebagai faktor kunci yang berpengaruh terhadap intensitas pembelian konsumen.

Kotler (1997) menyatakan bahwa perilaku pembeli dipengaruhi oleh peran budaya, sosial, pribadi dan psikologis. Kebudayaan meliputi kultur, sub kultur dan kelas sosial. Sosial meliputi kelompok acuan, keluarga serta peran dan status. Kepribadian meliputi usia dan tahap siklus hidup, pekerjaan, keadaan ekonomi, gaya hidup serta kepribadian dan konsep diri. Kejiwaan meliputi motivasi, persepsi, pengetahuan, keyakinan dan pendirian.

Budaya				
- Kultur	Sosial			
- Sub kultur	- Kelompok acuan	Kepribadian		
- Kelas Sosial	- Keluarga	- Usia & tahap siklus hidup	Kejiwaan	
	- Peran dan status	- Pekerjaan	- Motivasi	
		- Keadaan ekonomi	- Persepsi	
		- Gaya Hidup	- Pengetahuan	
		- Kepribadian & konsep diri	- Keyakinan & pendirian	Pembeli

Gambar 2.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pembelian jasa pelayanan kesehatan
Sumber : Kotler, 1997

Selain itu Kotler (1997) juga mengatakan bahwa pembelian produk layanan kesehatan sering dipengaruhi oleh lebih dari satu orang, antara lain : pihak keluarga, pihak petugas kesehatan, pihak penanggung biaya sehingga dapat dibedakan beberapa peranan yang mungkin dimainkan dalam keputusan membeli.

a. Pengambil inisiatif (*inisiator*)

Pengambil inisiatif adalah orang yang pertama-tama menyarankan atau memikirkan gagasan membeli produk atau jasa tertentu.

b. Orang-orang yang mempengaruhi (*influecer*)

Seseorang yang memberikan pengaruh atau pandangan atau nasihatnya diperhitungkan dalam mengambil keputusan akhir.

c. Pembuat keputusan (*decides*)

Pembuat keputusan adalah seseorang yang pada akhirnya menentukan sebagian besar atau keseluruhan membeli : apakah jadi membeli, apa yang dibeli, bagaimana membeli atau dimana membeli.

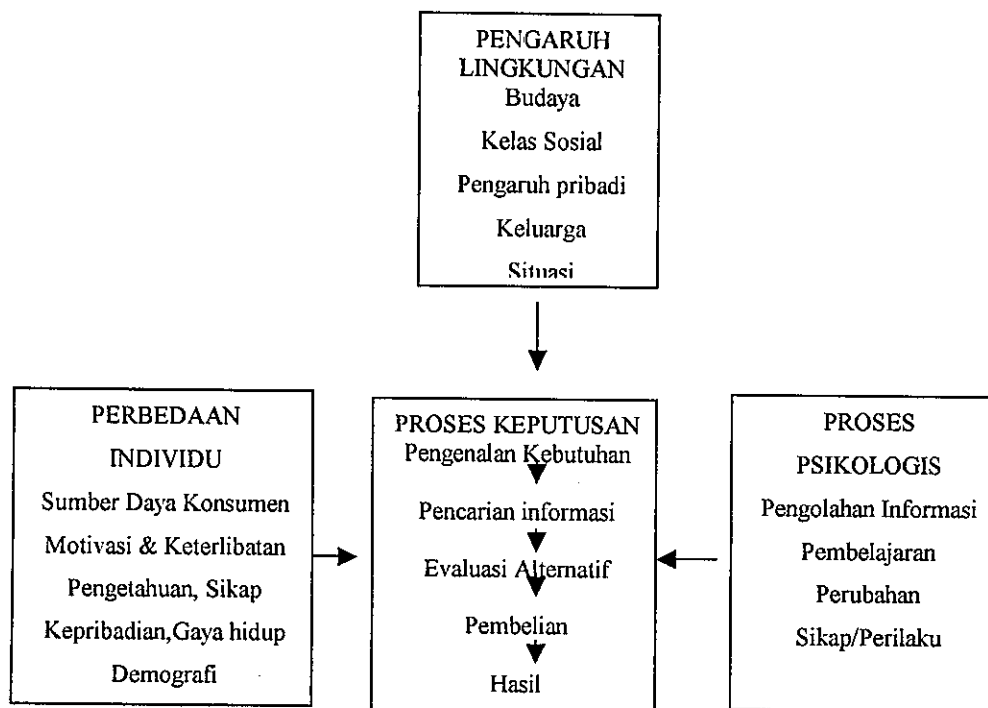
d. Pembeli (*buyer*)

Pembeli adalah orang yang membeli sebenarnya.

e. Pemakai (*user*)

Pemakai adalah seseorang atau beberapa orang yang menikmati dan memakai produk atau jasa.

Perilaku konsumen dalam proses pengambilan keputusan merupakan fungsi dari determinan-determinan : pengaruh lingkungan, perbedaan individu dan proses psikologis. Pengaruh lingkungan meliputi : budaya, kelas sosial, pengaruh pribadi, keluarga dan situasi. Perbedaan Individu meliputi : sumber daya konsumen, motivasi & keterlibatan, pengetahuan, sikap, kepribadian, gaya hidup dan demografi. Sedangkan proses psikologis terdiri dari : pengolahan, informasi, pembelajaran, perubahan dan sikap/perilaku (Engel,dkk 1994).

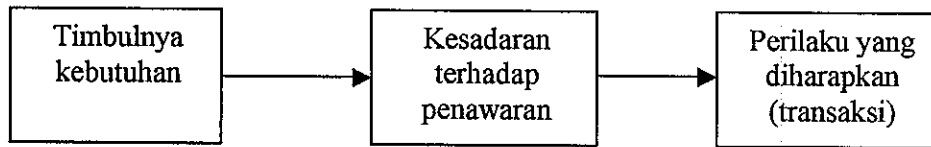


Gambar 2.5. Model Proses Pengambilan Keputusan
Sumber : Engel, dkk 1994

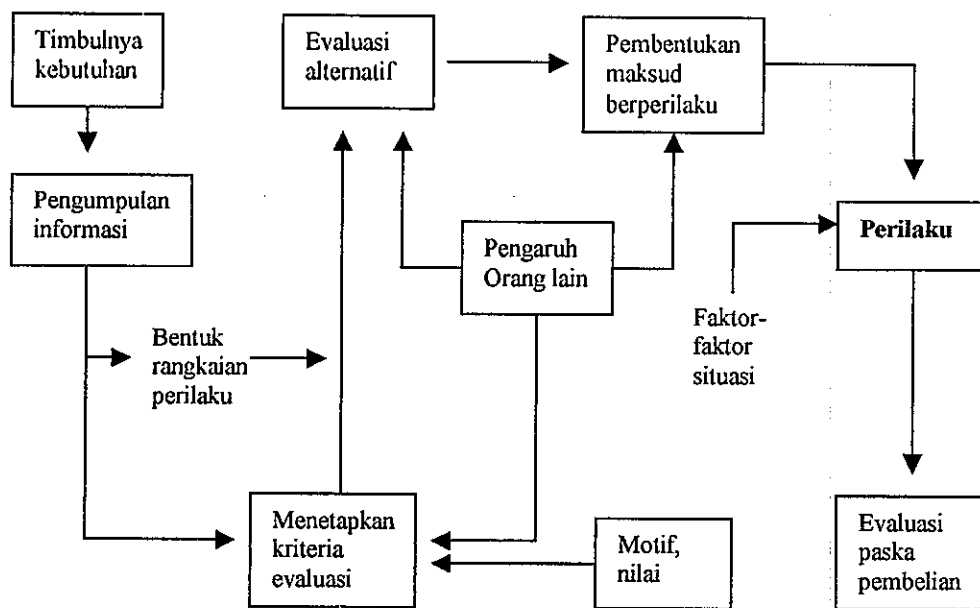
Philip Kotler dan Andreasen A (1995) mengatakan setidaknya ada 3 langkah yang dilakukan untuk terjadinya perilaku pembelian, yaitu :

1. Konsumen harus membutuhkan atau menginginkan adanya suatu pertukaran
2. Konsumen harus paham bahwa apa yang ditawarkan oleh pelayan/pemasar akan memenuhi kebutuhan atau keinginan tersebut, dan
3. Konsumen harus berlaku seperti yang diharapkan (artinya ia harus memenuhi pembelian)

Ketiga langkah tersebut oleh Kotler digambarkan dalam rangkaian sebagai berikut :

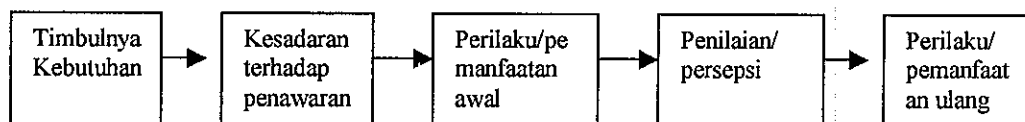


Philip Kotler dan Andreasen (1995) menggambarkan proses terjadinya perilaku pembelian dari timbulnya kebutuhan sampai dengan evaluasi paska pembelian sebagai berikut :



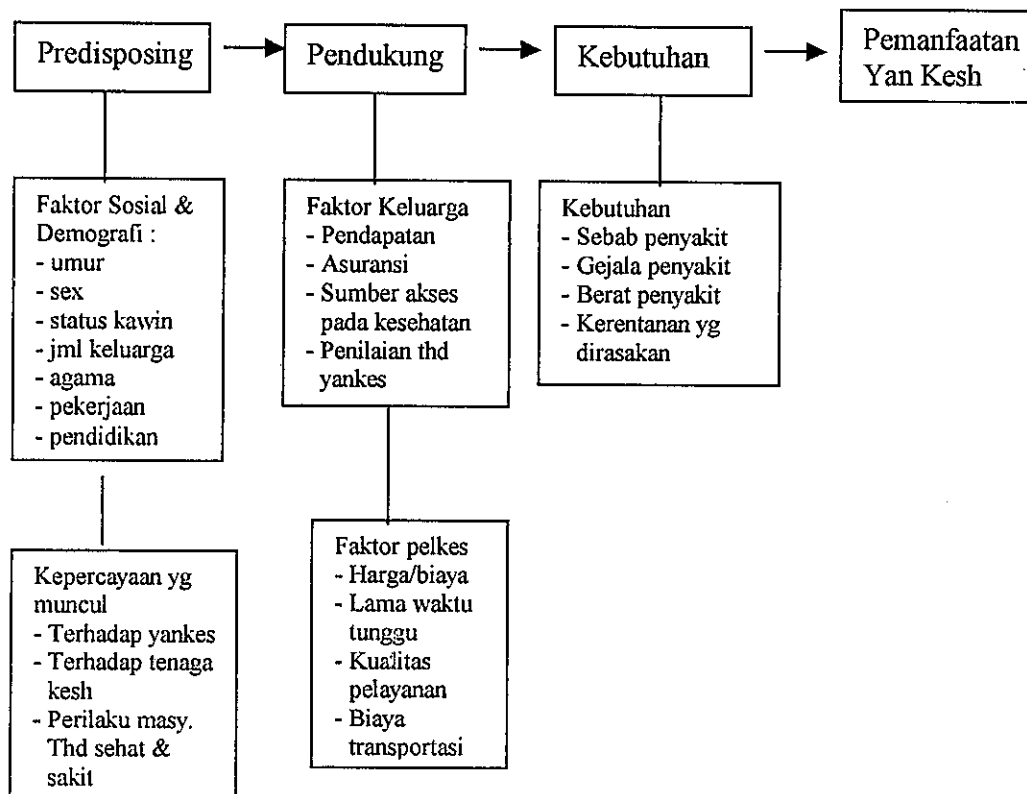
Gambar 2.6. Proses pengambilan keputusan konsumen (Kotler,1995)

Sehubungan dengan proses perilaku berulang atau pembelian/pemanfaatan ulang Kotler (1995) membuat alur sebagai berikut :



Gambar 2.7. Proses perilaku/ pemanfaatan ulang (Kotler, 1995)

Menurut Andersen (1974) pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor *predisposing*, *enabling* dan *need* sebagaimana digambarkan dalam bagan berikut ini :



Gambar 2.8. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan (Andersen,1974)

Wijono Dj (1999) mengatakan bahwa tingkat kepuasan adalah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan yang dirasakan dan harapan. Ada 3 (tiga) tingkatan kepuasan, bila penampilan kurang dari harapan, pelanggan tidak dipuaskan. Bila penampilan sebanding dengan harapan, pelanggan puas. Apabila penampilan melebihi harapan, pelanggan amat puas atau senang.

Kepuasan pasien dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain yang berkaitan dengan :

- Pendekatan dan perilaku petugas, perasaan pasien terutama saat pertama kali datang
- Mutu informasi yang diterima, seperti apa yang dikerjakan, apa yang dapat diharap
- Prosedur perjanjian
- Waktu tunggu
- Fasilitas umum yang tersedia
- Fasilitas perhotelan untuk pasien seperti mutu makanan, privacy, dan pengeturan kunjungan
- Outcome terapi dan perawatan yang diterima

Adanya kepuasan pelanggan dapat memberikan beberapa manfaat antara lain (Tjiptono, 2002) :

1. Hubungan antara perusahaan dan para pelanggannya menjadi harmonis.
2. Memberikan dasar yang baik bagi pembelian/pemanfaatan ulang.
3. Dapat mendorong terciptanya loyalitas pelanggan
4. Membentuk rekomendasi dari mulut ke mulut yang menguntungkan pemberi pelayanan

Karena pelanggan adalah orang yang menerima hasil pekerjaan seseorang atau suatu organisasi, maka hanya merekalah yang dapat menentukan kualitasnya seperti apa dan hanya mereka yang dapat menyampaikan apa dan bagaimana kebutuhan mereka. Hal inilah yang

menyebabkan slogan gerakan kualitas yang populer berbunyi “kualitas dimulai dari pelanggan”. (Tjiptono, 2002)

E. PUSKESMAS

1. Pengertian

Puskesmas adalah suatu unit pelaksana pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan. Unit pelaksana disini berarti Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) yaitu unit organisasi yang diberikan kewenangan kemandirian oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melaksanakan tugas-tugas teknis operasional pembangunan kesehatan di wilayah Kecamatan (Dep.Kes & Kesj.Sos RI,2001)

Kewenangan kemandirian puskesmas meliputi :

- a. Kewenangan menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan sesuai dengan situasi dan kondisi, kultur budaya dan potensi setempat.
- b. Kewenangan mencari , menggali dan mengelola sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat, swasta dan sumber lain dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, yang kemudian dipertanggung jawabkan untuk pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- c. Kewenangan untuk mengangkat tenaga institusi/ honorer, pemindahan tenaga, dan pendayagunaan tenaga kesehatan di wilayah kerjanya dengan sepengetahuan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

- d. Kewenangan untuk melengkapi sarana dan prasarana termasuk peralatan medis dan non medis yang dibutuhkan.

Sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya, puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan pemerintah yang wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu, terjangkau, adil dan merata. Upaya pelayanan yang dilakukan meliputi pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan medik dasar. Upaya-upaya tersebut diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan serta berorientasi kepada kepuasan masyarakat. (Dep.Kes & Kesj.Sos RI,2001)

Pada era desentralisasi sekarang ini program puskesmas dikelompokkan menjadi dua, yaitu : Program Kesehatan Dasar dan Program Kesehatan Pengembangan. Program kesehatan dasar meliputi : 1) Promosi Kesehatan, 2) Kesehatan Lingkungan, 3) KIA, termasuk KB, 4) Perbaikan Gizi, 5) Pemberantasan Penyakit Menular, dan 6) Pengobatan. Selain keenam program tersebut bertarti masuk pada program kesehatan pengembangan.

2. Asas Pengelolaan Puskesmas

Puskesmas dalam menjalankan kegiatannya menggunakan atau berpedoman pada 4 (empat) asas pengelolaan, yaitu :

1: Asas pertanggungjawaban wilayah

Didalam menjalankan program kerja puskesmas harus menjalankan asas pertanggungjawaban wilayah. Artinya puskesmas harus bertanggung

jawab atas semua masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya. Karena adanya asas yang seperti itu maka program kerja puskesmas tidak hanya pasif saja, atau menanti kunjungan pasien di puskesmas tetapi aktif memberikan pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan masyarakat. Lebih daripada itu sebab puskesmas bertanggung jawab atas semua masalah di wilayah kerjanya sehingga banyak dilakukan berbagai program pemulihan kesehatan dan pencegahan penyakit yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan masyarakat.

2. Asas peran serta masyarakat

Didalam menjalankan program kerja puskesmas memiliki asas peran serta masyarakat. Artinya puskesmas berupaya melibatkan masyarakat secara aktif dan jangkauan yang luas untuk bersama-sama mendukung, dan melaksanakan program kesehatan. Contoh pelaksanaan asas peran serta masyarakat didalam bidang kesehatan adalah adanya pos pelayanan terpadu (posyandu).

3. Asas Keterpaduan

Dalam menjalankan program kerja puskesmas harus menjalankan atau menerapkan asas keterpaduan. Artinya puskesmas berupaya untuk memadukan kegiatan tersebut baik lintas program didalam lingkungan puskesmas itu sendiri maupun mengadakan kerjasama lintas sektoral dengan sektor-sektor lain di wilayah kecamatan. Hal tersebut akan memberikan manfaat berupa penghematan sumber daya dan kemudahan bagi masyarakat untuk menjangkau pelayanan kesehatan.

4. Asas Rujukan

Dalam menjalankan kegiatannya Puskesmas harus menerapkan asas rujukan. Artinya puskesmas apabila pada suatu waktu tidak mampu menangani masalah kesehatan, maka segera merujuknya ke sarana kesehatan yang lebih mampu. Untuk pelayanan kedokteran jalur rujukan adalah rumah sakit sedangkan untuk pelayanan kesehatan masyarakat jalur rujukan adalah pelbagai kantor kesehatan.

3. Unit rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan (*ambulatory services*) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran yang ada. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap (*hospitalization*). Ke dalam pengertian pelayanan rawat jalan ini termasuk tidak hanya yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan yang telah lazim dikenal seperti Rumah Sakit atau klinik, tetapi juga yang diselenggarakan di rumah pasien (*home care*) serta rumah perawatan (*nursing homes*).

Menurut Roemer (1981) dibanding dengan pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan memiliki peningkatan angka utilisasi dua sampai tiga kali lebih tinggi dibanding angka utilisasi pelayanan rawat inap. (Azwar, A. 1996).

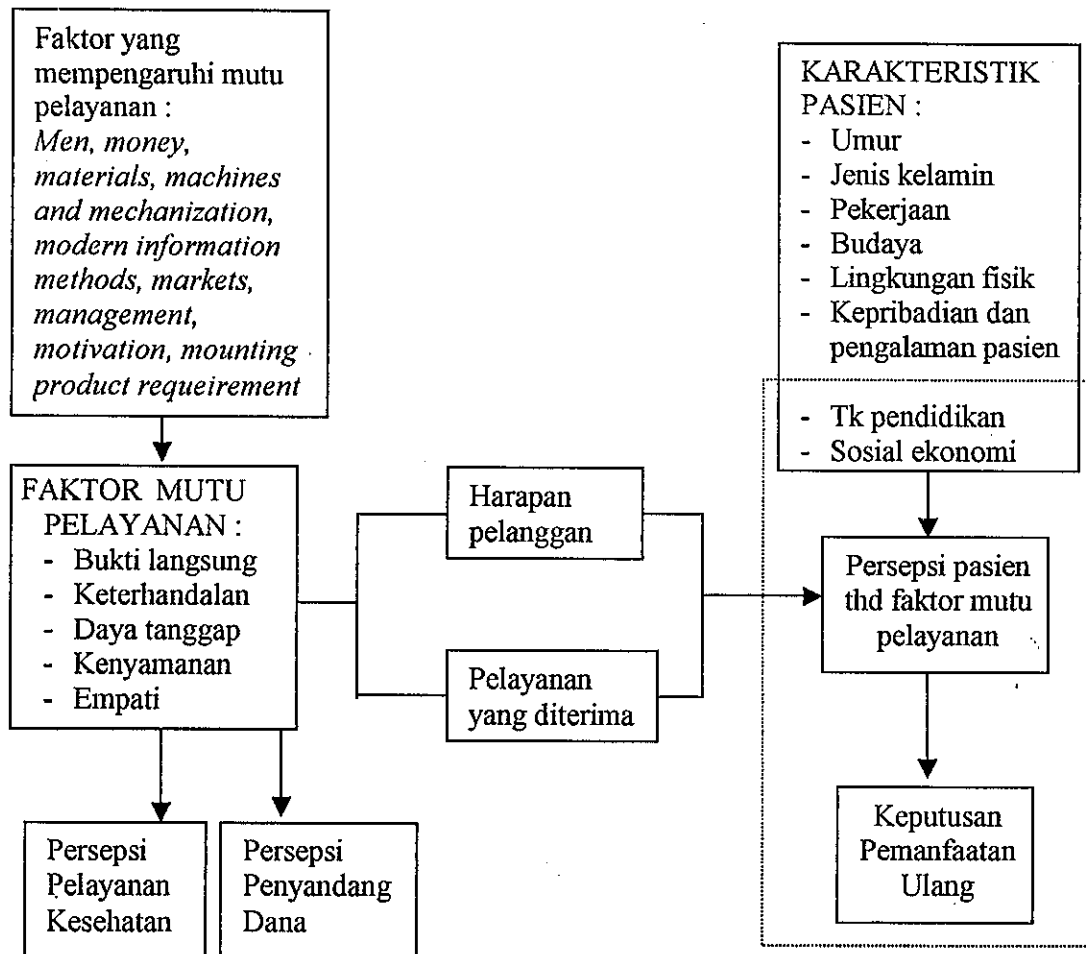
Beberapa faktor yang berperan dalam perkembangan pelayanan rawat jalan antara lain : (Azwar, A. 1996)

- a. Sarana dan prasarana yang diperlukan untuk menyelenggarakan pelayanan rawat jalan relatif lebih sederhana dan murah.
- b. Tingkat kesadaran penduduk makin meningkat, yang tidak lagi membutuhkan pelayanan untuk mengobati penyakit saja, tetapi juga untuk memelihara atau meningkatkan kesehatan yang umumnya dapat dilayani oleh sarana rawat jalan saja.
- c. Kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran yang telah dapat melakukan berbagai tindakan kedokteran yang dulunya memerlukan pelayanan rawat inap, tetapi pada saat ini cukup dilayani dengan pelayanan rawat jalan saja.

Menurut Feste sebagaimana disebutkan Azwar, A. (1996), Puskesmas jika dilihat dari bentuk pelayanan rawat jalan termasuk dalam bentuk klinik mandiri institusi (*institutional free standing ambulatory centers*).

F. KERANGKA TEORI

Berdasar tinjauan pustaka diatas diambil suatu kerangka teori yang bersumber dari Philip Kotler (1994) , Jacobalis (2000) , Azwar A (1996), Wijono (1999) :

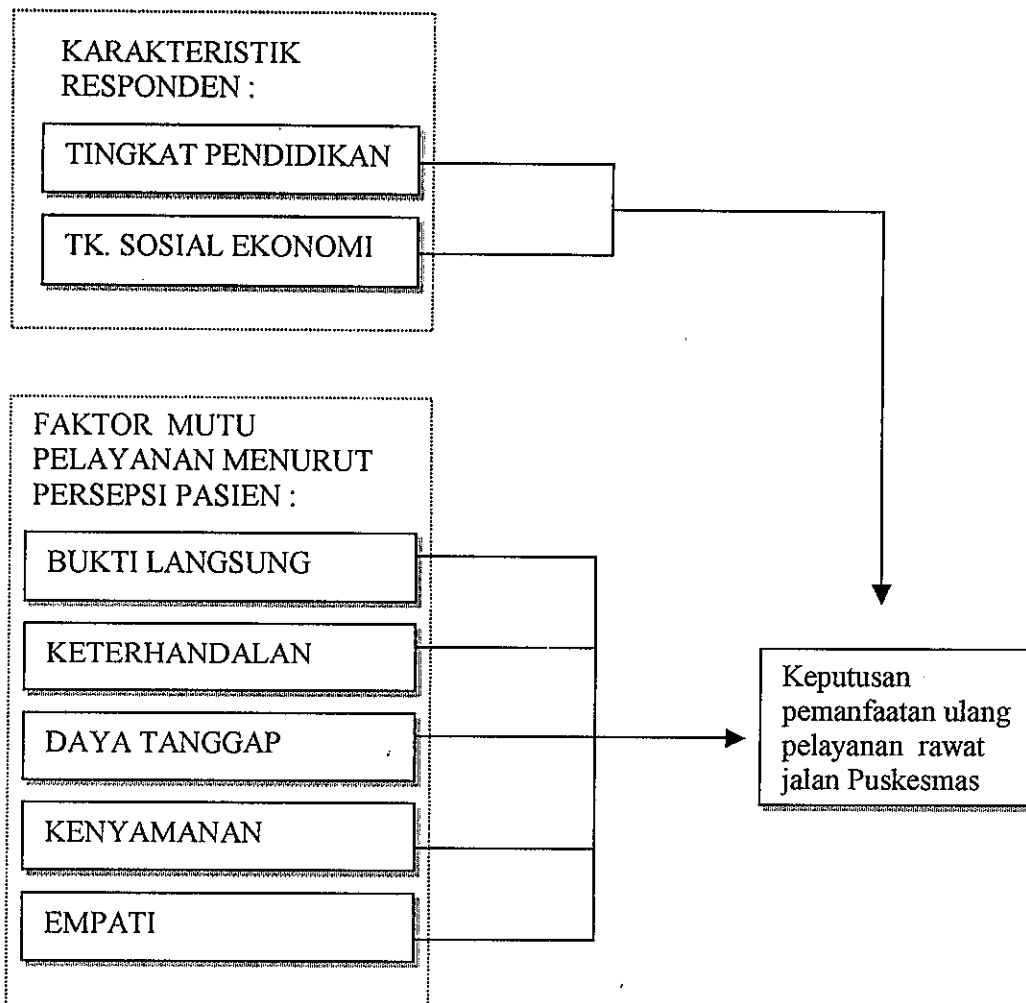


BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. KERANGKA KONSEP

Berdasarkan kerangka teori diatas maka dibuat kerangka konsep sebagai berikut :



B. PERNYATAAN HIPOTESIS

Berdasarkan kerangka konsep tersebut di atas maka dapat dirumuskan beberapa hipotesis penelitian, yaitu :

1. Ada hubungan antara tingkat pendidikan responden dengan keputusan pemanfaatan ulang
2. Ada hubungan antara tingkat sosial ekonomi responden dengan keputusan pemanfaatan ulang
3. Ada hubungan antara persepsi faktor mutu pelayanan bukti langsung dengan keputusan pemanfaatan ulang
4. Ada hubungan antara persepsi faktor mutu pelayanan keterhandalan dengan keputusan pemanfaatan ulang
5. Ada hubungan antara persepsi faktor mutu pelayanan daya tanggap dengan keputusan pemanfaatan ulang
6. Ada hubungan antara persepsi faktor mutu pelayanan kenyamanan dengan keputusan pemanfaatan ulang
7. Ada hubungan antara persepsi faktor mutu pelayanan empati dengan keputusan pemanfaatan ulang
8. Ada hubungan antara beberapa variabel bebas secara bersama-sama dengan keputusan pemanfaatan ulang

C. VARIABEL PENELITIAN

1. Variabel Terikat :

Keputusan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas

2. Variabel Bebas :

- a. Tingkat pendidikan
- b. Tingkat sosial ekonomi
- c. Persepsi mutu pelayanan bukti langsung
- d. Persepsi mutu pelayanan keterhandalan
- e. Persepsi mutu pelayanan daya tanggap
- f. Persepsi mutu pelayanan kenyamanan
- g. Persepsi mutu pelayanan empati

D. DIFINISI OPERASIONAL :

1. Variabel terikat

Keputusan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan puskesmas adalah suatu pernyataan responden untuk memanfaatkan kembali pelayanan kesehatan sebagai alternatif utama tempat mendapatkan pelayanan kesehatan apabila responden membutuhkan.

Cara pengukuran dengan mengajukan pertanyaan mengenai minat responden untuk memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas berkaitan dengan pernyataan (item-item yang ditanyakan) antara lain :

- a. Setelah melihat dan merasakan kondisi fisik puskesmas dengan segala fasilitasnya bagaimana minat responden untuk memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas.
- b. Setelah melihat kemampuan petugas puskesmas dalam melaksanakan pelayanan maupun kehandalan fasilitas

pengobatannya bagaimana minat responden untuk memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas

- c. Setelah melihat dan merasakan daya tanggap petugas terhadap pengunjung bagaimana minat responden untuk memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas
- d. Setelah melihat dan merasakan perihal kenyamanan/ jaminan dari petugas maupun suasana puskesmas bagaimana minat responden untuk memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas
- e. Setelah melihat dan merasakan perihal empati petugas terhadap pengunjung bagaimana minat responden untuk memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas.

Diperoleh dengan cara menanyakan kepada responden keputusan yang akan diambil meliputi jawaban sangat minat (SM), minat (M), tidak minat (TM) dan sangat tidak minat (STM)

Kriteria :

1. Sangat Minat (SM) skor 4
2. Minat (M) skor 3
3. Tidak Minat (TM) skor 2
4. Sangat Tidak Minat (STM) skor 1

Cara penilaian :

1. Tiap responden diberikan 4 pertanyaan
2. Skor/bobot pertanyaan antara 1 – 4
3. Total 4 pertanyaan bobotnya 16

4. Nilai variabel Keputusan Pemanfaatan Ulang adalah jumlah skor/ bobot yang diperoleh responden dari pertanyaan yang berhubungan dengan Pemanfaatan Ulang

Skala : Interval

2. Variabel bebas

- a. **Tingkat Pendidikan** yaitu jumlah tahun pendidikan formal yang diperoleh responden sampai saat diwawancarai.

Cara pengukuran melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner.

Skala : Rasio

- b. **Tingkat Sosial Ekonomi** yaitu kondisi ekonomi keluarga responden yang diukur dari jumlah pengeluaran rata-rata keluarga per orang per bulan. (BPS, 2001)

Diperoleh dengan menanyakan pengeluaran keluarga per bulan dibagi dengan jumlah keluarga.

Skala : Rasio

- c. **Persepsi Bukti Langsung** yaitu persepsi pasien terhadap penampilan fisik, sarana, peralatan, petugas dan media komunikasi yang ada di Puskesmas.

Cara pengukuran dilakukan dengan memberikan pertanyaan tingkat kesetujuan responden pada pernyataan mengenai :

- a. Kebersihan dan kerapian halaman baik

- b. Kebersihan dan kerapian ruang tunggu terjaga baik
- c. Kebersihan dan kerapian ruang periksa baik
- d. Penataan ruang puskesmas baik
- e. Kelengkapan fasilitas yang ada (tempat parkir, wc/kamar mandi, dll) cukup
- f. Waktu pelayanan (jam buka dan tutup) baik/disiplin.

Pengukuran menggunakan modifikasi terhadap skala Likert, yaitu dengan memberikan jawaban : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) dan Sangat Tidak Setuju (STS). (Hadi, 1991).

Cara penilaian :

1. Tiap responden diberikan 6 pertanyaan
2. Skor/bobot pertanyaan antara 1 – 4
3. Total 4 pertanyaan bobotnya 24
4. Nilai variabel Bukti Langsung adalah jumlah skor/ bobot yang diperoleh responden dari pertanyaan yang berhubungan dengan Bukti Langsung.

Skala : Interval

- d. **Persepsi Keterhandalan** adalah persepsi pasien terhadap kemampuan Puskesmas dalam melaksanakan pelayanan secara tepat dan terpercaya.

Cara pengukuran dilakukan dengan memberikan pertanyaan tingkat kesetujuan responden pada pernyataan mengenai :

- a. Kemampuan petugas dalam menangani masalah yang dihadapi pasien
- b. Keterampilan dan kepandaian petugas dalam mengobati pasien
- c. Kebenaran informasi atau saran yang disampaikan kepada pasien
- d. Kemanjuran obat yang diberikan
- e. Ketepatan waktu yang dipakai dalam setiap pelayanan
- f. Tingkat kesembuhan pasien yang berobat sesuai dengan harapan.

Pengukuran menggunakan modifikasi terhadap skala Likert, yaitu dengan memberikan jawaban : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) dan Sangat Tidak Setuju (STS).(Hadi, 1991).

Cara penilaian :

- 1. Tiap responden diberikan 6 pertanyaan
- 2. Skor/bobot pertanyaan antara 1 – 4
- 3. Total 4 pertanyaan bobotnya 24
- 4. Nilai variabel Keterhandalan adalah jumlah skor/ bobot yang diperoleh responden dari pertanyaan yang berhubungan dengan Keterhandalan

Skala : Interval

- e. **Persepsi Daya Tanggap** adalah persepsi pasien terhadap kemampuan Puskesmas dalam membantu pasien dan memberikan pelayanan dengan segera/tanggap.

Cara pengukuran dengan mengajukan pertanyaan tingkat kesetujuan responden pada pernyataan mengenai :

- a. Waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan tidak lama
- b. Kecepatan pegawai puskesmas dalam menanggapi keluhan atau kebutuhan pasien/pengunjung
- c. Keberadaan petugas puskesmas saat jam pelayanan.
- d. Petugas tanggap dan memberi informasi atau petunjuk yang kepada pasien
- e. Kesiapan pegawai dalam menangani keluhan dan permintaan pasien

Pengukuran menggunakan modifikasi terhadap skala Likert, yaitu dengan memberikan jawaban : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) dan Sangat Tidak Setuju (STS).(Hadi, 1991).

Cara penilaian :

1. Tiap responden diberikan 5 pertanyaan
2. Skor/bobot pertanyaan antara 1 – 4
3. Total 4 pertanyaan bobotnya 20
4. Nilai variabel Daya Tanggap adalah jumlah skor/ bobot yang diperoleh responden dari pertanyaan yang berhubungan dengan Daya Tanggap.

Skala : Interval

- f. **Persepsi Kenyamanan/Jaminan** adalah persepsi pasien terhadap pengetahuan dan keramahan petugas serta kemampuan petugas

dalam memberikan keyakinan dan kepercayaan, termasuk suasana pelayanan/ruang.

Cara pengukuran dengan mengajukan pertanyaan tingkat kesetujuan responden pada pernyataan mengenai :

- a. Petugas bekerja dengan hati-hati
- b. Petugas bekerja tidak ragu-ragu
- c. Suasana puskesmas nyaman dan tidak gaduh
- d. Petugas dalam memberikan pelayanan dengan sopan
- e. Petugas dalam memberikan pelayanan dengan ramah
- f. Pegawai puskesmas bisa menjaga kerahasiaan pasien
- g. Kamar periksa maupun kamar suntik tertutup (rahasia pasien terjaga).

Pengukuran menggunakan modifikasi terhadap skala Likert, yaitu dengan memberikan jawaban : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) dan Sangat Tidak Setuju (STS).(Hadi, 1991).

Cara penilaian :

1. Tiap responden diberikan 7 pertanyaan
2. Skor/bobot pertanyaan antara 1 – 4
3. Total 4 pertanyaan bobotnya 28
4. Nilai variabel Kenyamanan/Jaminan adalah jumlah skor/ bobot yang diperoleh responden dari pertanyaan yang berhubungan dengan Kenyamanan/Jaminan.

Skala : Interval

- g. **Persepsi Empati** adalah persepsi pasien terhadap perhatian dan kemampuan petugas dalam memberikan kemudahan untuk berkomunikasi dan melakukan hubungan serta memahami kebutuhan pasien secara pribadi maupun keluarganya.

Cara pengukuran dengan mengajukan pertanyaan tingkat kesetujuan responden pada pernyataan mengenai :

- a. Pengertian dan kesabaran petugas dalam melayani pengunjung
- b. Dalam memberikan pelayanan petugas berlaku sopan kepada setiap pengunjung
- c. Pegawai puskesmas ramah terhadap semua pengunjung
- d. Petugas bersikap adil dalam memberikan pelayanan kepada setiap pengunjung.

- e. Pegawai puskesmas suka tersenyum saat bertemu pengunjung

Pengukuran menggunakan modifikasi terhadap skala Likert, yaitu dengan memberikan jawaban : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) dan Sangat Tidak Setuju (STS). (Hadi, 1991).

Cara penilaian :

1. Tiap responden diberikan 5 pertanyaan
2. Skor/bobot pertanyaan antara 1 – 4
3. Total 4 pertanyaan bobotnya 20
4. Nilai variabel Empati adalah jumlah skor/ bobot yang diperoleh responden dari pertanyaan yang berhubungan dengan Empati.

Skala : Interval

Dalam menentukan skor/nilai pada setiap jawaban memperhatikan jenis pertanyaan yang diajukan dimana meliputi pertanyaan positif dan pertanyaan negatif, dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Untuk jawaban pertanyaan positif ;
 - Sangat Setuju (SS) skor 4
 - Setuju (S) skor 3
 - Tidak Setuju (TS) skor 2
 - Sangat Tidak Setuju (STS) skor 1
- b. Untuk jawaban pertanyaan negatif ;
 - Sangat Setuju (SS) skor 1
 - Setuju (S) skor 2
 - Tidak Setuju (TS) skor 3
 - Sangat Tidak Setuju (STS) skor 4

E. JENIS PENELITIAN

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian *observational* dengan metode diskriptif melalui cara survei dengan pendekatan belah lintang (*cross sectional*) dengan subyek penelitian pasien yang berkunjung di Puskesmas untuk memberi gambaran secara lebih jelas tentang masalah pada subyek. (Nasir,M,1999)

F. LOKASI PENELITIAN

Lokasi penelitian adalah Puskesmas Susukan I Banjarnegara

G. POPULASI DAN SAMPEL

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien/pengunjung rawat jalan Puskesmas Susukan I Banjarnegara dalam waktu tiga bulan yaitu dari Oktober 2002 sampai Desember 2002 sebanyak 5.235 orang

2. Sampel

Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah pasien bukan peserta JPS atau ASKES yang berkunjung dan telah mendapatkan pelayanan rawat jalan di Puskesmas Susukan I. Kriteria inklusi untuk menjadi sampel yaitu pasien atau keluarganya yang telah berkunjung dan mendapat pelayanan 2 kali atau lebih, dapat berkomunikasi, tempat tinggal dalam wilayah kerja Puskesmas Susukan I.

a. Besar sampel

Perhitungan jumlah sampel menggunakan metode sampel acak sederhana dengan rumus : (Lemenshow S, dkk. 1997).

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} P(1-P).N}{d^2(N-1) + z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

Dimana :

N : jumlah populasi (jumlah kunjungan) = 5.235

P : Proporsi kunjungan bayar umum (4.525) terhadap jumlah total

kunjungan (5.235) sebesar : 86 %

z^2 : Tingkat kepercayaan 95 % = 1,960

d : Taraf kesalahan 5 % (d = 0,05)

Berdasarkan perhitungan diperoleh hasil : n = 178 responden

b. Cara pengambilan sampel

- menentukan jumlah sampel pada masing-masing wilayah sesuai dengan proporsi jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Susukan I, dimana terdiri dari 8 desa dengan jumlah penduduk sebesar 40.467 jiwa (data bulan Juni 2002).

Tabel 3.1 Proporsi sampel penelitian per desa wilayah Puskesmas Susukan I

No	Nama Desa	Jml Penddk	%	Jml Sampel	Jml Populasi
1.	Kedawung	3.487	8,6	15	215
2.	Dermasari	2.894	7,2	13	186
3.	Susukan	3.525	8,7	16	192
4.	Gumelem Wt	9.822	24,3	43	247
5.	Gumelem Kl	9.649	23,8	42	226
6.	Derik	3.469	8,6	15	56
7.	Berta	3.233	8,0	14	48
8.	Karangjati	4.388	10,8	20	219
	Jumlah	40.467	100	178	1.389

- menentukan sampel sesuai dengan kriteria inklusi
- menentukan sampel terpilih dengan cara acak sederhana sesuai dengan jumlah pada masing-masing wilayah.
- melakukan wawancara terhadap responden di rumah responden.

H. SUMBER DATA

Penelitian dilakukan untuk memperoleh data yaitu dengan data primer dan data sekunder.

1. Data Primer

Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara langsung kepada responden dengan menggunakan bantuan kuesioner yang telah dirancang dan sebelumnya telah diuji validitas dan reliabilitasnya. (Azwar S,2000). Kuesioner dibuat untuk memperoleh informasi yang relevan dengan tujuan survei dan memperoleh informasi dengan realibilitas dan validitas setinggi mungkin. (Singarimbun M,1989).

Wawancara dilakukan oleh enumerator dirumah responden. Latar belakang pendidikan enumerator minimal setingkat diploma, sebanyak 4 orang. Sebelum pelaksanaan penelitian dilakukan penyamaan persepsi (pelatihan) terhadap kuesioner oleh peneliti. Hal-hal yang dibahas antara lain : maksud dan tujuan penelitian, variabel yang akan diteliti, butir-butir pertanyaan kuesioner, efektifitas pelaksanaan wawancara, pembagian wilayah (responden).

2. Data Sekunder

Data sekunder digunakan untuk melengkapi data primer dan untuk keperluan pembahasan. Data sekunder berupa gambaran umum daerah/lokasi penelitian dan data khusus lainnya yang diperoleh dari profil kesehatan, laporan atau catatan lain di Dinas Kesehatan Kabupaten dan di Puskesmas maupun dari monografi kecamatan Susukan.

I. UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS ALAT (KUESIONER)

Uji coba dilakukan pada responden selain subyek penelitian, yaitu dilaksanakan pada pasien di Puskesmas Susukan II sebanyak 30 orang. Uji coba dilaksanakan sebelum penelitian sesungguhnya.

1. Uji Validitas

Uji ini dilakukan untuk mengetahui sejauhmana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Suatu tes atau instrumen memiliki validitas tinggi apabila alat tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukurnya sesuai dengan maksud dilakukannya tes tersebut. Valid tidaknya suatu alat ukur tergantung pada mampu tidaknya alat ukur untuk mencapai tujuan pengukuran yang dikehendaki dengan tepat. Suatu alat ukur yang valid tidak sekedar mampu mengungkapkan data dengan tepat tetapi juga memberikan gambaran yang cermat mengenai data tersebut. (Azwar,S. 2000).

Teknik uji validitas dalam penelitian ini menggunakan teknik komputasi dengan program SPSS.10. Butir pertanyaan dikatakan valid jika nilai r hasil positif, serta r hasil $> r$ tabel. Dimana r tabel, untuk df = jumlah kasus - 2, atau dalam uji ini $df = 30 - 2 = 28$. Tingkat signifikansi 5 %, r tabel adalah 0,239. Jika r hasil tidak positif, dan r hasil $< r$ tabel, maka butir tersebut tidak valid (Santoso,S. 2000).

Hasil uji terhadap 36 butir pertanyaan menunjukkan adanya 2 butir pertanyaan yang tidak memenuhi syarat. Butir 6 dan 7 pada pertanyaan

mengenai bukti langsung nilai *Corrected Item-Total Correlation* masing-masing 0,2321 dan 0,2309, berarti lebih kecil dari r tabel (0,239), sehingga 2 pertanyaan tersebut dibuang. Dua butir tersebut tidak mempengaruhi maksud dari pertanyaan pada variabel bukti langsung tersebut.

Setelah 2 butir pertanyaan tersebut dibuang dan dianalisis kembali ternyata hasilnya menunjukkan semua *Corrected Item-Total Correlation* berada diatas r tabel (0,239)

2. Uji Reliabilitas

Pengukuran reliabilitas berarti mengukur sejauhmana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya. Hasil pengukuran dapat dipercaya apabila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subyek yang sama diperoleh hasil yang relatif sama, selama aspek yang diukur dalam diri subyek belum berubah. Reliabilitas alat ukur disini sangat berkaitan dengan *error of measurement*.

Uji reliabilitas dilakukan setelah uji validitas. Butir-butir yang sudah valid kemudian baru secara bersama diukur reliabilitasnya. Teknik uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan teknik komputasi dengan program SPSS.10. Nilai *alpha* yang dihasilkan menunjukkan reliabilitas. Kaidah penentuan handal tidaknya suatu instrumen adalah apabila nilai *alpha* hitung bernilai positif dan lebih besar dari 0,5. (Santoso,S. 1996) Dari hasil analisis menunjukkan nilai *alpha* lebih besar dari 0,5.

Uji validitas dan realibilitas instrumen ini dilakukan terhadap seluruh butir pertanyaan baik butir pertanyaan variabel bebas maupun

pertanyaan variabel terikat. Jumlah pertanyaan yang diuji adalah sebanyak 36 butir.

J. PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan menggunakan langkah-langkah antara lain :

1. Editing

Yakni langkah yang dilakukan untuk memeriksa kelengkapan, konsistensi maupun kesalahan jawaban pada kuesioner

2. Koding

Koding dilakukan untuk memudahkan dalam proses pengolahan data

3. Memasukkan Data

Memasukkan data (entry data) dilakukan melalui bantuan komputer dengan menggunakan program SPSS versi 10 terhadap semua data yang ada pada kuesioner

4. Analisis Data

Data diolah dan dianalisis dengan bantuan program SPSS versi 10 berupa tabulasi data dan untuk mengetahui pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat dalam pernyataan hipotesis.

- a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memberikan gambaran secara umum terhadap variabel- variabel yang diteliti. Analisis data responden menggunakan analisis prosentase, sehingga penyajiannya dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

b. Analisis Bivariat

1. Tabulasi Silang

Tabulasi silang (*Crosstab*) pada prinsipnya untuk menyajikan data dalam bentuk data yang meliputi baris dan kolom. Analisis ini dilakukan untuk melihat pola/kecenderungan hubungan dua variabel yang diteliti dan dibuat dalam bentuk tabel distribusi dari variabel penelitian yang dikelompokkan sesuai dengan pengelompokan skor. (Santoso,2000)

Dalam penelitian ini pengelompokan skor variabel penelitian antara lain sebagai berikut :

▪ Variabel Pemanfaatan Ulang

Jumlah skor/ bobot yang diperoleh dibagi menjadi 3 katagori, yaitu :

- Minat memanfaatkan kembali : bila skor total 12 – 16
- Ragu –ragu : bila skor total 8 – 11
- Tidak minat : bila skor total 4 – 7

▪ Variabel Tingkat Pendidikan

Jumlah tahun pendidikan kemudian dibagi menjadi 3 katagori, yaitu :

- lama pendidikan 0 - 7 tahun : rendah/ dasar
- lama pendidikan 7 – 12 tahun : menengah
- lama pendidikan > 12 tahun : tinggi

▪ Variabel Tingkat Ekonomi

Jumlah pengeluaran per orang per bulan kemudian dibagi menjadi 3 katagori, yaitu :

- Pengeluaran per orang per bulan $<$ Rp 82.000 = Miskin
- Pengeluaran per orang per bulan \geq Rp 82.000 = Tidak Miskin

▪ Variabel Bukti Langsung

Jumlah skor/ bobot yang diperoleh dibagi menjadi 3 katagori,

- Baik : bila skor total 18 – 24
- Sedang : bila skor total 11 – 17
- Kurang : bila skor total 4 - 10

▪ Variabel Keterhandalan

Jumlah skor/ bobot yang diperoleh kemudian dibagi menjadi 3 katagori, yaitu :

- Baik : bila skor total 18 – 24
- Sedang : bila skor total 11 – 17
- Kurang : bila skor total 4 - 10

▪ Variabel Daya Tanggap

Jumlah skor/ bobot yang diperoleh kemudian dibagi menjadi 3 katagori, yaitu :

- Baik : bila skor total 15 – 20
- Sedang : bila skor total 10 – 14
- Kurang : bila skor total 4 – 9

- Variabel Kenyamanan/Jaminan

Jumlah skor/ bobot yang diperoleh kemudian dibagi menjadi 3 katagori, yaitu :

- Baik : bila skor total 20 – 28
- Sedang : bila skor total 12 – 19
- Kurang : bila skor total 4 – 11

- Variabel Empati

Jumlah skor/ bobot yang diperoleh kemudian dibagi menjadi 3 katagori, yaitu :

- Baik : bila skor total 15 – 20
- Sedang : bila skor total 10 – 14
- Kurang : bila skor total 4 - 9

Dalam penelitian ini tidak dilakukan analisis dengan uji chi kuadrat (*pearson chi square test*), karena menurut Singgih Santoso (2000) pengujian *pearson chi square* hanyalah untuk menguji apakah ada hubungan antara baris dengan kolom sehingga sedikit memberikan informasi mengenai keeratan hubungan antar variabel, bukan dimaksudkan untuk menguji hipotesa. Oleh karena itu diperlukan dukungan dari alat uji lain.

2. Uji Hipotesis

Analisis ini dilakukan dengan analisis statistik Uji Korelasi *Pearson Product Moment*. Tujuan analisis ini adalah untuk

mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat, bagaimana arah hubungannya dan seberapa besar hubungan tersebut. (Santoso, 2000)

Hipotesis penelitian :

H_0 : Tidak ada hubungan (korelasi) antara dua variabel

H_i : Ada hubungan (korelasi) antara dua variabel

Dasar pengambilan keputusan (berdasarkan probabilitas)

- Jika probabilitas $> 0,05$ (atau $0,01$) maka H_0 diterima
- Jika probabilitas $< 0,05$ (atau $0,01$) maka H_0 ditolak

Nilai koefisien korelasi berkisar $-1 \leq r \leq 1$, nilai r semakin mendekati 1 berarti semakin kuat hubungan kedua variabel. Tanda positif dan negatif menunjukkan arah hubungan. Besar angka korelasi $> 0,5$ berarti korelasi kuat dan angka korelasi $< 0,5$ berarti berkorelasi lemah (Santoso, 2000)

c. Analisis multivariat

Analisis multivariat ini dilakukan untuk menganalisa hubungan variabel – variabel bebas secara bersama – sama terhadap variabel terikat serta untuk melakukan prediksi variabel terikat apabila terjadi perubahan atas variabel bebas. Variabel yang mempunyai hubungan dari hasil uji korelasi kemudian secara bersama diuji dengan uji regresi linier.

Analisa Regresi digunakan untuk melihat ada tidaknya hubungan fungsional yang ada diantara dua variabel bebas atau lebih terhadap variabel terikat (Usman H, 1995).

Sebelum melakukan uji regresi terhadap variabel bebas yang berhubungan dengan variabel terikat maka terlebih dahulu dilakukan uji asumsi regresi berganda. Menurut Santoso (2000), beberapa hal yang harus dihindari didalam analisa regresi , yaitu :

1. Problem *multikolineritas* (Multiko), dimana pada model regresi ditemukan adanya korelasi antar variabel independent. Untuk mengetahui hubungan multikolineritas dalam persamaan regresi, dengan cara melihat besaran VIF (Variance Inflation Factor) dan Tolerance, serta besaran korelasi antar variabel independent. Pedoman suatu model regresi yang bebas multiko adalah; mempunyai nilai VIF di sekitar 1, dan memiliki angka tolerance mendekati 1. Adapun korelasi antar variabel bebas harus lemah (dibawah 0,5.) Jika korelasi kuat, maka terjadi problem multiko.
2. Problem *Heteroskedastisitas*, dimana pada persamaan regresi terjadi perbedaan varians dari residual dari satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Jika varian dari residual dari pengamatan ke pengamatan yang lain tetap, maka disebut *Homokedastisitas*. Model regresi yang baik adalah tidak terjadi heterokedastisitas. Uji *heterokedastisitas* dengan melihat sebaran data pada scatterplot, membentuk pola tertentu atau tidak. Jika terjadi pola

tertentu yang teratur (bergelombang, melebar kemudian menyempit), maka telah terjadi heteroskedastisitas. Sebaliknya jika tidak ada pola yang jelas, serta titik-titik menyebar di atas dan dibawah 0 pada sumbu Y, maka tidak terjadi heteroskedastisitas

3. Problem *Auto Korelasi*, dimana pada sebuah model regresi linier terdapat korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode t dengan kesalahan pada periode $t-1$ (sebelumnya). Jika terjadi korelasi maka terdapat problem autokorelasi. Untuk mengetahui ada tidaknya autokorelasi digunakan tabel D-W. Jika angka D-W dibawah -2 , berarti ada autokorelasi positif, angka D-W diantara -2 sampai $+2$, berarti tidak ada autokorelasi, dan jika angka D-W di atas $+2$, berarti ada autokorelasi negatif.

Disamping itu Santoso (2000), menambahkan untuk model regresi linier harus dilakukan uji normalitas, untuk melihat apakah variabel dependent, variabel independent, atau keduanya mempunyai distribusi normal atau tidak. Model regresi yang baik adalah distribusi data normal atau mendekati normal. Untuk melihat normalitas, dengan cara melihat penyebaran data (titik) pada sumbu diaogonal dari grafik. Jika data menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal, maka model regresi memenuhi asumsi normalitas. Dan sebaliknya jika data menyebar jauh dari garis diagonal dan atau tidak mengikuti arah garis diagonal, maka model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas.

Dalam uji ini dihasilkan 4 (empat) variabel bebas yang memenuhi syarat untuk dilakukan uji regresi linier ganda, yaitu tingkat ekonomi, bukti langsung, daya tanggap dan empati.

Adapun analisa data pada penelitian ini menggunakan perangkat komputer program *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) versi 10.00 for windows.

Ada tidaknya hubungan atau pengaruh variabel bebas secara bersama terhadap variabel terikat dilihat dari hasil uji F (uji ANOVA), jika angka probabilitas $< 0,05$ maka bisa dikatakan bahwa variabel bebas secara bersama-sama berhubungan dengan variabel terikat. Untuk menguji signifikansi konstanta dari setiap variabel bebas dilihat pada uji t, dimana jika nilai probabilitas $< 0,05$ berarti signifikan dan jika probabilitas $> 0,05$ berarti tidak signifikan. Kemudian variabel yang tidak signifikan ($p > 0,05$) dikeluarkan dan dilakukan uji sekali lagi. (Santoso, 2000).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini penulis menyadari ada beberapa kesulitan, kekurangan yang sekaligus merupakan keterbatasan, antara lain :

1. Kedudukan penulis sebagai tenaga kesehatan di Puskesmas, memungkinkan ada responden yang terpengaruh dalam memberikan penilaian.
2. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara oleh 4 orang enumerator dimana kondisi dan kemampuan masing-masing tidak sama.
3. Kondisi geografis dan letak responden yang menyebar serta iklim penghujan, dimana hal ini dapat mengurangi kualitas kerja pewawancara.
4. Tingkat pendidikan responden yang relatif rendah menyebabkan mereka mengalami kesulitan terhadap maksud pertanyaan yang diajukan pewawancara.
5. Penelitian dilakukan terhadap kondisi pelayanan puskesmas secara umum yang meliputi poli umum, poli gigi dan KIA, dimana dari masing-masing jenis pelayanan tersebut tidak dilakukan analisis secara khusus.

Untuk mengurangi keterbatasan tersebut penulis melakukan beberapa antisipasi antara lain :

1. Pengambilan data tidak dilakukan sendiri oleh penulis tetapi dilakukan oleh enumerator , dengan demikian tidak menimbulkan kemungkinan

jawaban responden yang terpengaruh oleh kedudukan penulis sebagai pegawai puskesmas Susukan I.

2. Sebelum pelaksanaan penelitian penulis mengadakan pelatihan terhadap 4 orang dalam rangka persamaan persepsi tentang instrumen penelitian. Latar belakang pendidikan enumerator adalah 1 orang alumnus FKM Undip, 1 orang mahasiswa FKM Undip, 1 orang alumnus Ekonomi Manajemen Unwiku Pwt dan 1 orang alumnus Informatika Univ. Guna Darma Bogor.
3. Untuk memberikan motivasi terhadap enumerator dan memantau pelaksanaan penelitian, penulis senantiasa berkomunikasi dengan enumerator sehingga jika terdapat kesulitan dapat segera diatasi.

B. Kondisi Umum Daerah Penelitian

1. Kondisi Kecamatan Susukan

a. Geografi

Kecamatan Susukan merupakan salah satu dari 18 kecamatan di Kabupaten banjarnegara yang mempunyai 8 wilayah desa. Batas wilayah Kecamatan Susukan adalah :

- Sebelah utara adalah kecamatan Bukateja Kabupaten Purbalingga
- Sebelah timur adalah kecamatan Purwareja Klampok Banjarnegara
- Sebelah selatan adalah kecamatan Tambak Kabupaten Banyumas,
- Sebelah barat adalah kecamatan Somagede Kabupaten Banyumas

b. Demografi

Distribusi penduduk menurut tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel 4.1 dibawah ini

Tabel 4.1 : Distribusi Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan di Kecamatan Susukan Kab. Banjarnegara tahun 2002

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah
1.	Belum sekolah /Tdk tamat SD	17.832
2.	Tamat SD	22.876
3.	Tamat SLTP	7.284
4.	Tamat SLTA	6.479
5.	Tamat DIII/PT	2.879
Jumlah		57.350

Sumber : Monografi Kec. Susukan Tahun 2002

Jumlah penduduk Kecamatan Susukan pada Nopember 2002 adalah 57.981 jiwa yang terdiri dari laki-laki 29.290 jiwa (50,52 %) dan perempuan 28.691 jiwa (49,48 %).

Sedangkan mata pencaharian penduduk kecamatan Susukan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.2. Jumlah Penduduk Menurut Mata Pencaharian Kec. Susukan Tahun 2002

No	Mata Pencaharian	Jumlah
1.	Petani pemilik	13.987
2.	Buruh tani	7.586
3.	Buruh bangunan	2.950
4.	Pedagang	380
5.	Industri kecil	297
6.	PNS/ABRI	697
7.	Pensiunan	178
8.	Lain-lain	4.376
Jumlah		30.451

Sumber : Monografi Kec. Susukan Tahun 2002

c. Sarana Kesehatan

Tabel 4.3. Sarana Kesehatan di Kecamatan Susukan tahun 2002

No.	Jenis Sarana Pelayanan Kesehatan	Jumlah
1.	Puskesmas	2
2.	Puskesmas Pembantu	2
3.	Balai Pengobatan	1
4.	Rumah Bersalin	1
5.	Dokter praktek	1
6.	Bidan praktek	6

Sumber : SP3 Puskesmas Susukan I Th 2002

2. Kondisi Puskesmas Susukan I

a. Lokasi dan wilayah Kerja

Puskesmas Susukan I yang berada di bagian timur wilayah kecamatan Susukan merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara.

Wilayah Puskesmas Susukan I terdiri dari 8 desa yaitu : Kedawung, Dermasari, Susukan, Gumelem Wetan, Gumelem Kulon, Derik, Berta, dan Karangjati. Adapun jumlah penduduk di wilayah Puskesmas Susukan I pada bulan Nopember 2002 adalah sebesar 40.467 jiwa dengan penyebaran sebagaimana pada tabel 4.4. di bawah ini :

Tabel 4.4. Jumlah Penduduk di Wilayah Puskesmas Susukan I Banjarnegara pada bulan Nopember 2002

No.	Nama Desa	Jml Penduduk	Prosentase
1.	Kedawung	3.487	8,6 %
2.	Dermasari	2.894	7,2 %
3.	Susukan	3.525	8,7 %
4.	Gumelem Wetan	9.822	24,3 %
5.	Gumelem Kulon	9.649	23,8 %
6.	Derik	3.469	8,6 %
7.	Berta	3.233	8,0 %
8.	Karangjati	4.388	10,8 %
	Jumlah	40.467	100,0 %

Sumber: Lap. Tahunan Pusk. Susukan I 2002

b. Struktur Organisasi

Struktur organisasi Puskesmas Susukan I sejak tahun 2002 memiliki struktur tersendiri sesuai dengan kondisi Puskesmas, baik dari segi ketenagaan maupun kegiatan yang ada. (Bagan struktur Organisasi Puskesmas Susukan I terdapat pada lampiran 5).

c. Kegiatan Pelayanan di Puskesmas susukan I

Puskesmas Susukan I melaksanakan 6 (enam) kegiatan dasar ditambah beberapa kegiatan pengembangan. Hampir semua unit yang ada melaksanakan kegiatannya, walaupun ada beberapa kegiatan yang pada pelaksanaannya tidak sesuai dengan harapan. Seperti misalnya unit rawat inap, pada sepanjang tahun 2002 tidak ada kegiatan rawat inap.

d. Gambaran umum pengunjung Puskesmas

Laporan tahunan pada akhir 2002 menunjukkan bahwa jumlah keseluruhan kunjungan sebanyak 21.474 orang.

Tabel 4.5. Distribusi Kunjungan Menurut jenis Kunjungan Puskesmas Susukan I tahun 2002

No	Jenis Kunjungan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Kunjungan BP Umum	17.894	83.3
2	Kunjungan ANC & KB	1.492	6.9
3	Kunjungan Rawat Gigi	1.637	7.6
4	Kunjungan lain (Kir, Capeng dll)	451	2.1
	Jumlah	21.474	100.0

Sumber : SP3 Susukan I

e. Pola Penyakit

Gambaran pola penyakit yang ada di Puskesmas Susukan I sebagaimana terlihat pada 10 besar penyakit yang ada pada tabel berikut :

Tabel 4.6. Daftar 10 besar penyakit di Puskesmas Susukan I tahun 2002

No	Jenis Penyakit	Jumlah
1.	ISPA	4978
2.	Penyakit Kulit	3338
3.	Penyakit gigi	1045
4.	Peny. Lambung / Sistem Pencernaan	1045
5.	Diare	892
6.	Neuralgia	283
7.	Scabies	210
8.	Conjungtivitis	207
9.	TB paru klinis	245
10.	Disentri	209

Sumber : SP3 Susukan I

f. Ketenagaan

Puskesmas Susukan I memiliki jumlah karyawan sebanyak 21 orang dengan klasifikasi sebagai berikut :

Tabel 4.7. Jenis / Kualifikasi Tenaga Kesehatan Puskesmas

No	Jenis / Kualifikasi tenaga	Status Kepeg	Pendidikan	Jmlah
1.	Dokter Umum	PNS	FK	2
2.	Ahli Madya Keperawatan	PNS	AKPER	2
3.	Ahli Madya Kesling	PNS	Diploma 3	1
4.	Bidan Puskesmas	PNS	Bidan	1
5.	Bidan Desa	PNS	Bidan	1
6.	Bidan Desa	PTT	Bidan	3
7.	Paramedis Perawatan	PNS	SPK	3
8.	Perawat Gigi	PNS	SPKG	1
9	Petugas Gizi Puskesmas	PNS	Diploma 1 Gizi	1
10.	Petugas Obat	PNS	SD + Penjenang	1
11.	Petugas Pencet - Pelaporan	PNS	SMA	1
12.	Petugas Loker / Administ	PNS	SLP	1
13.	Petugas Pembantu Bidan	PNS Daerah	SD	1
14.	Pengemudi	PNS	SLP	1
15.	Penjaga Malam	Kontrak	SLP	1
Jumlah				

Sumber : SP3 Puskesmas Susukan I

C. Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat ini secara umum menjelaskan mengenai jawaban responden terhadap variabel penelitian baik variabel bebas maupun variabel terikat.

1. Variabel Tingkat Pendidikan

Kondisi tingkat pendidikan responden setelah dikelompokkan dapat dilihat dari tabel distribusi berikut ini :

Tabel 4.8. Distribusi frekuensi Tingkat Pendidikan Responden Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Katagori	n	Prosentase (%)
Rendah (0 - 6 tahun)	135	75.84
Menengah (7 – 12 tahun)	37	20.79
Tinggi (> 12 tahun)	6	3.37
Jumlah	178	100

Dari tabel tersebut diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 135 orang (75,84 %) berpendidikan rendah yaitu hanya mengenyam pendidikan formal maksimal 6 tahun.

Jika dilihat pada masing- masing jenis pelayanan (umum, gigi, KIA) maka akan terlihat gambaran tingkat pendidikan sebagai berikut :

Tabel 4.9. Distribusi frekuensi Tingkat Pendidikan Responden Menurut Jenis Pelayanan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Katagori	Poli Umum		Poli Gigi		KIA		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rendah	116	76,3	10	66,7	9	81,8	135	75.84
Menengah	31	20,4	4	26,7	2	18,2	37	20.79
Tinggi	5	3,3	1	6,6	0	0	6	3.37
Jumlah	152	100	15	100	11	100	178	100

Dari tabel tersebut terlihat bahwa pada masing-masing jenis pelayanan ternyata sebagian besar memiliki pendidikan rendah. Prosentase pendidikan rendah yang terbesar pada kunjungan pelayanan KIA yaitu 81,8 %.

2. Variabel Tingkat Ekonomi

Tingkat ekonomi responden dapat dilihat dari tabel berikut ini :

Tabel 4.10. Distribusi frekuensi Tingkat Ekonomi Responden Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Tk Ekonomi	n	Prosentase (%)
Miskin (< Rp 82.000/or/bl)	116	65.17
Tdk Miskin (\geq Rp 82.000/or/bl)	62	34.83
Jumlah	178	100

Tabel 4.10. diatas menggambarkan bahwa sebanyak 116 responden (65,17 %) masuk dalam katagori miskin (menurut BPS 2001) yakni pengeluaran per orang per bulan kurang dari Rp. 82.000,-.

Jika dilihat pada masing- masing jenis pelayanan (umum, gigi, KIA) maka akan terlihat gambaran tingkat ekonomi sebagai berikut :

Tabel 4.11. Distribusi frekuensi Tingkat Ekonomi Responden Menurut Jenis Pelayanan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Tk Ekonomi	Poli Urnum		Poli Gigi		KIA		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Miskin	98	64,5	12	80,0	6	54,5	116	65.17
Tkd Miskin	54	34,5	3	20,0	5	45,5	62	34.83
Jumlah	152	100	15	100	11	100	178	100

Dari tabel diatas terlihat prosentase terbesar pengunjung yang termasuk katagori miskin adalah pada jenis pelayanan poli gigi yaitu sebesar 80 %.

3. Variabel Mutu Pelayanan Bukti Langsung

Penilaian responden terhadap variabel mutu pelayanan bukti langsung/kondisi fisik secara umum dapat dilihat dari tabel 4.12 berikut ini :

Tabel 4.12. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Bukti Langsung Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Bukti Langsung	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Halaman bersih & rapi	1	0.6	9	5.1	159	89.3	9	5.1	178	100
Ruang tunggu tidak kotor	0	0	16	9.0	149	83.7	13	7.3	178	100
Ruang periksa bersih & rapi	0	0	3	1.7	158	88.8	17	9.6	178	100
Fasilitas Puskesmas sudah lengkap	2	1.1	23	12.9	125	85.4	1	0.6	178	100
Penataan ruang baik	1	0.6	39	21.9	134	75.3	4	2.2	178	100
Kedisiplinan waktu pelayanan baik	1	0.6	20	11.2	142	79.8	15	8.4	178	100

Dari tabel 4.12 terlihat gambaran bahwa pada pernyataan variabel bukti langsung (semua butir pertanyaan) sebagian besar responden menyatakan setuju. Responden yang menyatakan setuju pada pernyataan halaman bersih dan rapi sebanyak 159 (89,3 %), ruang tunggu tidak kotor 149 (83,7 %), ruang periksa bersih dan rapi 158 (88,8 %), fasilitas

puskesmas sudah lengkap 125 (85,4 %), penataan ruang baik 134 (75,3 %) dan kedisiplinan waktu pelayanan 142 (79,8 %).

Jawaban tidak setuju pada variabel ini yang terbanyak adalah pada pernyataan tentang penataan ruang yaitu sebanyak 39 (21,9 %). Kemudian masalah kelengkapan fasilitas (12,9 %) dan kedisiplinan waktu pelayanan (11,2 %).

Setelah penilaian responden tersebut dikategorikan menjadi tiga yaitu baik, sedang dan kurang maka didapat hasil sebagaimana dalam tabel berikut :

Tabel 4.13. Distribusi Frekuensi Variabel Bukti Langsung Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Bukti Langsung	n	Prosentase (%)
Baik	114	64.04
Sedang	63	35.40
Kurang	1	0.56
Jumlah	178	100

Tabel 4.13 tentang frekuensi variabel bukti langsung tersebut memberi gambaran bahwa sebanyak 114 responden (64,04 %) menilai baik. Sedangkan 63 responden (35,4 %) menilai sedang dan hanya ada 1 (0,56 %) yang menilai kurang.

Jika dilihat dari masing-masing jenis unit pelayanan yaitu poli umum, poli gigi dan pelayanan KIA, maka penilaian terhadap bukti langsung adalah sebagai berikut :

a. Pelayanan Poli Umum

Penilaian responden terhadap butir-butir pernyataan yang ada pada variabel bukti langsung (kondisi fisik) di unit pelayanan poli umum adalah sebagai berikut :

Tabel 4.14. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Bukti Langsung Pada Pelayanan Poli Umum Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Bukti Langsung	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Halaman bersih & rapi	0	0	7	4.6	136	89.5	9	5.9	152	100
Ruang tunggu tidak kotor	0	0	15	9.9	124	81.6	13	8.6	152	100
Ruang periksa bersih & rapi	0	0	3	2.0	134	88.2	15	9.9	152	100
Fasilitas Puskesmas sudah lengkap	1	0.7	20	13.2	130	85.5	1	0.7	152	100
Penataan ruang baik	0	0	31	20.4	117	77.0	4	2.6	152	100
Kedisiplinan waktu pelayanan baik	1	0.7	16	10.5	123	80.9	12	7.9	152	100

Dari tabel 4.14 tersebut diketahui bahwa pada pelayanan poli umum, responden yang menyatakan tidak setuju terhadap pernyataan tentang penataan ruang yang baik adalah sebesar 31 orang (20,4 %). Kemudian masalah kelengkapan fasilitas (13,2 %) dan kedisiplinan waktu pelayanan (10,5 %).

Mengenai kebersihan dan kerapian jawaban responden sebagian besar menilai baik (setuju), baik halaman , ruang tunggu maupun ruang periksa.

b. Pelayanan Poli Gigi

Tabel 4.15. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Bukti Langsung Pada Pelayanan Poli Gigi Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Bukti Langsung	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Halaman bersih & rapi	0	0	2	13.3	13	86.7	0	0	15	100
Ruang tunggu tidak kotor	0	0	1	6.7	14	93.3	0	0	15	100
Ruang periksa bersih & rapi	0	0	0	0	14	93.3	1	6.7	15	100
Fasilitas Puskesmas sudah lengkap	1	6.7	1	6.7	13	86.7	0	0	15	100
Penataan ruang baik	0	0	5	33.3	10	66.7	0	0	15	100
Kedisiplinan waktu pelayanan baik	0	0	3	20.0	10	66.7	2	13.3	15	100

Dari tabel tersebut terlihat bahwa jawaban responden terhadap pernyataan pada pelayanan poli gigi sebagian besar menyatakan setuju. Jawaban tidak setuju yang terbesar adalah pada pernyataan mengenai penataan ruang yang baik yaitu 33,3 %, dan juga mengenai kedisiplinan waktu pelayanan sebesar 20 %.

c. Pelayanan KIA

Penilaian responden terhadap butir-butir pernyataan yang ada pada variabel bukti langsung (kondisi fisik) di unit pelayanan KIA adalah sebagai berikut :

Tabel 4.16. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Bukti Langsung Pada Pelayanan KIA Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Bukti Langsung	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Halaman bersih & rapi	1	9.1	0	0	10	90.9	0	0	11	100
Ruang tunggu tidak kotor	0	0	0	0	11	100	0	0	11	100
Ruang periksa bersih & rapi	0	0	0	0	10	90.9	1	9.1	11	100
Fasilitas Puskesmas sudah lengkap	0	0	2	18.2	9	81.8	0	0	11	100
Penataan ruang baik	1	9.1	3	27.3	7	63.6	0	0	11	100
Kedisiplinan waktu pelayanan baik	0	0	1	9.1	9	81.8	1	9.1	11	100

Dari tabel tersebut terlihat bahwa sebagian besar responden menjawab setuju pada pernyataan-pernyataan yang berkaitan dengan pelayanan di KIA. Hal yang dinilai kurang baik (tidak setuju) yang terbanyak pada pernyataan mengenai penataan ruang yaitu 27,3 % , bahkan ada yang menjawab sangat tidak setuju yaitu 9,1 %.

Setelah penilaian responden dikategorikan menjadi tiga yaitu baik, sedang dan kurang maka gambaran untuk masing-masing unit pelayanan (umum, gigi, KIA) adalah sebagai berikut :

Tabel 4.17. Distribusi Frekuensi Variabel Bukti Langsung Menurut Jenis Pelayanan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Pelayanan	Baik		Sedang		Kurang		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Poli Umum	100	65.8	51	33.6	1	0.7	152	100
Poli Gigi	8	53.3	7	46.7	0	0	15	100
KIA	6	54.5	5	45.5	0	0	11	100

Dari tabel tersebut gambaran mutu pelayanan bukti langsung yang terbaik adalah pada poli umum, dimana prosentase penilaian baik sebanyak 65,8 %.

4. Variabel Mutu Pelayanan Keterhandalan

Penilaian responden terhadap variabel mutu pelayanan keterhandalan secara umum dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 4.18. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Keterhandalan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Keterhandalan	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kemampuan petugas baik/tinggi	0	0	32	18.0	142	79.8	4	2.2	178	100
Obat yang dipakai dpt dipercaya	0	0	14	7.9	119	66.9	45	25.3	178	100
Informasi yg disampaikan selalu benar	1	0.6	25	14.0	152	85.4	0	0	178	100
Petugas terampil dan pandai	0	0	18	10.1	157	88.2	3	1.7	178	100
Pasien berobat cepat sembuh	2	1.1	23	12.9	108	60.7	45	25.3	178	100
Petugas bekerja dengan cepat	2	1.1	34	19.1	126	70.8	16	9.0	178	100

Jawaban responden dari variabel keterhandalan, mayoritas responden menyatakan setuju. Responden yang menyatakan setuju pada pernyataan kemampuan petugas baik sebanyak 142 (79,8 %), obat yang dipakai dapat dipercaya 119 (66,9 %), informasi yang disampaikan benar 152 (85,4 %), petugas terampil dan pandai 157 (88,2 %), pasien berobat cepat sembuh 108 (60,7 %) dan petugas bekerja dengan cepat 126 (70,8 %).

Pernyataan tidak setuju yang terbanyak adalah pada butir tentang kecepatan petugas dalam bekerja yaitu sebanyak 34 (19,1 %).

Setelah penilaian responden tersebut dikategorikan menjadi tiga, yaitu baik, sedang dan kurang maka didapat hasil sebagai berikut :

Tabel 4.19 Distribusi Frekuensi Variabel Keterhandalan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Keterhandalan	n	Prosentase (%)
Baik	116	65.17
Sedang	62	34.83
Jumlah	178	100

Tabel 4.23 diatas memberi gambaran bahwa sebanyak 116 responden (65,17 %) menilai baik keterhandalan puskesmas Susukan I.

Jika dilihat dari masing-masing jenis pelayanan yaitu pelayanan poli umum, poli gigi, dan pelayanan KIA, maka penilaian terhadap keterhandalan adalah sebagai berikut :

a. Pelayanan Poli Umum

Tabel 4.20. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Keterhandalan Pelayanan Poli Umum Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Keterhandalan	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kemampuan petugas baik/tinggi	0	0	22	14.5	126	82.9	4	2.6	152	100
Obat yang dipakai dpt dipercaya	0	0	13	8.6	98	64.5	41	27.0	152	100
Informasi yg disampaikan selalu benar	0	0	22	14.5	130	85.5	0	0	152	100
Petugas terampil dan pandai	0	0	14	9.2	135	88.8	3	2.0	152	100
Pasien berobat cepat sembuh	2	1.3	19	12.5	93	61.2	38	25.0	152	100
Petugas bekerja dengan cepat	2	1.3	27	17.8	108	71.1	15	9.9	152	100

Tabel tersebut memperlihatkan penilaian responden terhadap keterhandalan pelayanan poli umum. Terdapat jawaban tidak setuju yang cukup besar yaitu terhadap pernyataan tentang petugas bekerja dengan cepat (17,8 %). Jawaban sangat setuju yang terbanyak ada pada pernyataan tentang obat yang dapat dipercaya (27 %) dan pasien berobat cepat sembuh (25 %).

b. Pelayanan Poli Gigi

Penilaian responden terhadap butir-butir pernyataan yang ada pada variabel keterhandalan di unit pelayanan poli gigi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.21. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Keterhandalan Pelayanan Poli Gigi Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Keterhandalan	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kemampuan petugas baik/tinggi	0	0	5	33.3	10	66.7	0	0	15	100
Obat yang dipakai dpt dipercaya	0	0	0	0	12	80.0	3	20.0	15	100
Informasi yg disampaikan selalu benar	0	0	2	13.3	13	86.7	0	0	15	100
Petugas terampil dan pandai	0	0	2	13.3	13	86.7	0	0	15	100
Pasien berobat cepat sembuh	0	0	3	20.0	6	40.0	6	40.0	15	100
Petugas bekerja dengan cepat	0	0	4	26.7	10	66.7	1	6.7	15	100

Tabel tersebut memperlihatkan gambaran penilaian responden terhadap keterhandalan pelayanan poli gigi diantaranya 33,3 % responden menyatakan tidak setuju terhadap pernyataan kemampuan petugas yang tinggi/baik. Sebanyak 26,7 % responden juga menyatakan tidak setuju terhadap pernyataan petugas bekerja dengan cepat.

c. Pelayanan KIA

Hasil jawaban penilaian responden pengguna pelayanan KIA Puskesmas Susukan I terhadap mutu pelayanan keterhandalah terlihat dalam tabel 4.22 berikut ini :

Tabel 4.22. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Keterhandalan Pelayanan KIA Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Keterhandalan	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kemampuan petugas baik/tinggi	0	0	5	45.5	6	54.5	0	0	11	100
Obat yang dipakai dpt dipercaya	0	0	1	9.1	9	81.8	1	9.1	11	100
Informasi yg disampaikan selalu benar	1	9.1	1	9.1	9	81.8	0	0	11	100
Petugas terampil dan pandai	0	0	2	18.2	9	81.8	0	0	11	100
Pasien berobat cepat sembuh	0	0	1	9.1	9	81.8	1	9.1	11	100
Petugas bekerja dengan cepat	0	0	3	27.3	8	72.7	0	0	11	100

Dari tabel tersebut terlihat bahwa jawaban tidak setuju yang terbesar ada pada pernyataan mengenai kemampuan petugas yakni sebanyak 45,5 % dan kecepatan kerja petugas sebanyak 27,3 %.

Setelah penilaian responden tersebut dikategorikan menjadi tiga, yaitu baik, sedang dan kurang maka gambaran untuk masing-masing unit pelayanan adalah sebagai berikut :

Tabel 4.23. Distribusi Frekuensi Variabel Keterhandalan Menurut Jenis Pelayanan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Pelayanan	Baik		Sedang		Total	
	n	%	n	%	n	%
Poli Umum	100	65.8	52	34.2	152	100
Poli Gigi	10	66.7	5	33.3	15	100
KIA	6	54.5	5	45.5	11	100

Tabel tersebut memperlihatkan bahwa persepsi responden terhadap keterhandalan pelayanan rawat jalan yang paling baik adalah pada poli gigi dengan nilai baik 66,7 %.

5. Variabel Mutu Pelayanan Daya Tanggap

Penilaian responden terhadap variabel mutu pelayanan daya tanggap secara umum dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 4.24. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Daya Tanggap Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Daya Tanggap .	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Waktu tunggu pelayanan tdk lama	2	1.1	62	34.8	106	59.6	8	4.5	178	100
Petugas segera memberi layanan	0	0	35	19.7	139	78.1	4	2.2	178	100
Petugas selalu ada saat jam pelayanan	3	1.7	13	7.3	159	89.3	3	1.7	178	100
Petugas tanggap & memberi petunjuk	0	0	10	5.6	164	92.1	4	2.2	178	100
Petugas selalu siap saat dibutuhkan	1	0.6	11	6.2	165	92.7	1	0.6	178	100

Pernyataan setuju untuk pernyataan petugas segera memberi pelayanan 139 (78,1 %), petugas selalu ada saat jam pelayanan 159 (89,3 %), petugas tanggap dan memberi petunjuk 164 (92,1 %) dan petugas selalu siap saat dibutuhkan 165 (92,7 %). Jawaban tidak setuju yang terbanyak ada pada pernyataan tentang waktu tunggu yaitu 62 orang (34,8 %).

Setelah penilaian responden tersebut dikategorikan menjadi tiga, yaitu baik, sedang dan kurang maka didapat hasil sebagai berikut :

Tabel 4.25. Distribusi Frekuensi Variabel Daya Tanggap Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Daya Tanggap	n	Prosentase (%)
Baik	101	56.74
Sedang	77	43.26
Jumlah	178	100

Tabel 4.25 tentang variabel daya tanggap diatas memberi gambaran bahwa sebanyak 101 responden (56,74 %) menilai baik.

Jika dilihat dari masing-masing jenis pelayanan maka penilaian terhadap daya tanggap adalah sebagai berikut :

a. Pelayanan Poli Umum

Tabel 4.26. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Daya Tanggap Pelayanan Poli Umum Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Daya Tanggap	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Waktu tunggu pelayanan tdk lama	1	0.7	49	32.2	95	62.5	7	4.6	152	100.
Petugas segera memberi layanan	0	0	29	19.1	119	78.3	4	2.6	152	100
Petugas selalu ada saat jam pelayanan	2	1.3	10	6.6	137	90.1	3	2.0	152	100
Petugas tanggap & memberi petunjuk	0	0	6	3.9	142	93.4	4	2.6	152	100
Petugas selalu siap saat dibutuhkan	0	0	8	5.3	143	94.1	1	0.7	152	100

Dari tabel tersebut diketahui bahwa jawaban tidak setuju pada pernyataan mengenai waktu tunggu sebanyak 49 orang (32,2 %) dan pada pernyataan petugas segera memberi pelayanan sebanyak 29 orang (19,1 %).

b. Pelayanan Poli Gigi

Penilaian responden terhadap butir-butir pernyataan yang ada pada variabel daya tanggap di unit pelayanan poli gigi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.27. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Daya Tanggap Pelayanan Poli Gigi Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Daya Tanggap	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Waktu tunggu pelayanan tdk lama	0	0	9	60.0	6	40.0	0	0	15	100
Petugas segera memberi layanan	0	0	3	20.0	12	80.0	0	0	15	100
Petugas selalu ada saat jam pelayanan	1	6.7	3	20.0	11	73.3	0	0	15	100
Petugas tanggap & memberi petunjuk	0	0	3	20.0	12	80.0	0	0	15	100
Petugas selalu siap saat dibutuhkan	0	0	3	20.0	12	80.0	0	0	15	100

Tabel tersebut memperlihatkan adanya jawaban tidak setuju yang paling besar pada unit pelayanan gigi adalah perihal waktu tunggu yakni sebanyak 60 %.

c. Pelayanan KIA

Hasil jawaban penilaian responden pengguna pelayanan KIA Puskesmas Susukan I terhadap mutu pelayanan daya tanggap terlihat dalam tabel 4.28 dibawah ini :

Tabel 4.28. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Daya Tanggap Unit Pelayanan KIA Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Daya Tanggap	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Waktu tunggu pelayanan tdk lama	1	9.1	4	36.4	5	45.5	1	9.1	11	100
Petugas segera memberi layanan	0	0	3	27.3	8	72.7	0	0	11	100
Petugas selalu ada saat jam pelayanan	0	0	0	0	11	100	0	0	11	100
Petugas tanggap & memberi petunjuk	0	0	1	9.1	10	90.9	0	0	11	100
Petugas selalu siap saat dibutuhkan	1	9.1	0	0	10	90.9	0	0	11	100

Tabel tersebut memperlihatkan adanya jawaban tidak setuju yang paling besar pada unit pelayanan KIA adalah perihal waktu tunggu yakni sebanyak 36,4 %, kemudian petugas tidak segera memberi pelayanan sebesar 27,3 %.

Setelah penilaian responden tersebut dikategorikan menjadi tiga, yaitu baik, sedang dan kurang maka gambaran untuk masing-masing unit pelayanan (umum, gigi, KIA) adalah sebagai berikut :

Tabel 4.29. Distribusi Frekuensi Variabel Daya Tanggap Menurut Jenis Pelayanan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Pelayanan	Baik		Sedang		Total	
	n	%	n	%	n	%
Poli Umum	92	60.5	60	39.5	152	100
Poli Gigi	5	33.3	10	66.7	15	100
KIA	4	36.4	7	63.6	11	100

Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa daya tanggap terbaik menurut responden adalah pada pelayanan poli umum dengan nilai baik sebesar 60,5 %, kemudian unit pelayanan KIA (36,4 %) dan pelayanan poli gigi mempunyai nilai yang paling rendah.

6. Variabel Mutu Pelayanan Kenyamanan

Penilaian responden terhadap variabel kenyamanan Puskesmas Susukan I secara umum adalah sebagai berikut :

Tabel 4.30. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Kenyamanan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Kenyamanan	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Petugas bertugas dg hati-hati	1	0.6	10	5.6	161	90.4	6	3.4	178	100
Petugas tdk ragu-ragu dlm bekerja	2	1.1	11	6.2	158	88.8	7	3.9	178	100
Suasana tenang & tdk gaduh	0	0	19	10.7	156	87.6	3	1.7	178	100
Petugas sopan dlm pelayanan	0	0	30	16.1	139	78.1	9	5.1	178	100
Petugas selalu ramah dlm pelayanan	0	0	45	25.3	110	61.8	23	12.9	178	100
Pegawai dpt menjaga kerahasiaan pasien	0	0	10	5.6	162	91.0	6	3.4	178	100
Kamar periksa/suntik tertutup	0	0	9	5.1	159	89.3	10	5.6	178	100

Pada variabel kenyamanan/jaminan, sebagian besar responden menyatakan setuju hampir pada setiap butir pernyataan. Jawaban setuju pada pernyataan petugas bertugas dengan hati-hati sebanyak 161 (90,4 %), petugas tidak ragu-ragu dalam bekerja 158 (88,8 %), suasana tenang dan tidak gaduh 156 (87,6 %), petugas sopan dalam pelayanan 139 (78,1 %), petugas selalu ramah dalam pelayanan 110 (61,8 %), pegawai dapat menjaga kerahasiaan pasien 162 (91 %) dan kamar periksa/suntik tertutup 159 (89,3 %).

Jawaban tidak setuju yang terbanyak ada pada pernyataan petugas selalu ramah dalam pelayanan yaitu 45 orang (25,3 %).

Setelah penilaian responden tersebut dikategorikan menjadi tiga, yaitu baik, sedang dan kurang maka didapat hasil sebagai berikut :

Tabel 4.31. Distribusi Frekuensi Variabel Kenyamanan/Jaminan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Kenyamanan	n	Prosentase (%)
Baik	139	78.09
Sedang	39	21.91
Jumlah	178	100

Tabel 4.31. tentang frekuensi variabel kenyamanan/jaminan diatas memberi gambaran bahwa sebanyak 139 responden (78,09 %) menilai baik.

Jika dilihat dari masing-masing jenis/unit pelayanan maka penilaian terhadap kenyamanan adalah sebagai berikut :

a. Pelayanan Poli Umum

Tabel 4.32. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Kenyamanan Pelayanan Poli Umum Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Kenyamanan	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Petugas bertugas dg hati-hati	0	0	10	6.6	137	90.1	5	3.3	152	100
Petugas tdk ragu-ragu dlm bekerja	0	0	9	5.9	136	89.5	7	4.6	152	100
Suasana tenang & tdk gaduh	0	0	11	7.2	138	90.8	3	2.0	152	100
Petugas sopan dlm pelayanan	0	0	24	15.8	119	78.3	9	5.9	152	100
Petugas selalu ramah dlm pelayanan	0	0	34	22.4	97	63.8	21	13.8	152	100
Pegawai dpt menjaga kerahasiaan pasien	0	0	9	5.9	138	90.8	5	3.3	152	100
Kamar periksa/suntik tertutup	0	0	6	3.9	137	90.1	9	5.9	152	100

Pada tabel tersebut terlihat bahwa hal yang memberikan kenyamanan yang terbaik pada pelayanan poli umum adalah antara lain suasana yang tenang dan kerahasiaan pasien yang terjaga (90,8 %). Jawaban tidak setuju yang terbesar ada pada pernyataan tentang keramahan petugas (22,4 %).

b. Pelayanan Poli Gigi

Penilaian responden terhadap butir-butir pernyataan yang ada pada variabel kenyamanan di unit pelayanan poli gigi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.33. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Kenyamanan Pelayanan Poli Gigi Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Kenyamanan	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Petugas bertugas dg hati-hati	0	0	0	0	15	100	0	0	15	100
Petugas tdk ragu-ragu dlm bekerja	0	0	2	13.3	13	86.7	0	0	15	100
Suasana tenang & tdk gaduh	0	0	3	20.0	12	80.0	0	0	15	100
Petugas sopan dlm pelayanan	0	0	2	13.3	13	86.7	0	0	15	100
Petugas selalu ramah dlm pelayanan	0	0	5	33.3	10	66.7	0	0	15	100
Pegawai dpt menjaga kerahasiaan pasien	0	0	0	0	14	93.3	1	6.7	15	100
Kamar periksa/suntik tertutup	0	0	1	6.7	13	86.7	1	6.7	15	100

Dari tabel tersebut diketahui bahwa jawaban setuju (menilai baik) yang terbesar adalah pada pernyataan mengenai kehati-hatian petugas yakni 100 %. Sedangkan hal yang dinilai kurang (jawaban tidak setuju) yang terbesar adalah pada pernyataan mengenai keramahan petugas sebesar 33,3 %.

c. Pelayanan KIA

Jawaban responden terhadap mutu pelayanan kenyamanan pada unit pelayanan KIA terlihat dalam tabel 4.34 berikut ini :

Tabel 4.34. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Kenyamanan Unit Pelayanan KIA Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Kenyamanan	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Petugas bertugas dg hati-hati	1	9.1	0	0	9	81.8	1	9.1	11	100
Petugas tdk ragu-ragu dlm bekerja	2	18.2	0	0	9	81.8	0	0	11	100
Suasana tenang & tdk gaduh	0	0	5	45.5	6	54.5	0	0	11	100
Petugas sopan dlm pelayanan	0	0	4	36.4	7	63.6	0	0	11	100
Petugas selalu ramah dlm pelayanan	0	0	6	54.5	3	27.3	2	18.2	11	100
Pegawai dpt menjaga kerahasiaan pasien	0	0	1	9.1	10	90.9	0	0	11	100
Kamar periksa/suntik tertutup	0	0	2	18.2	9	81.8	0	0	11	100

Tabel tersebut diatas memberi gambaran bahwa beberapa pernyataan mengenai pelayanan di unit pelayanan KIA dinilai kurang baik. Hal ini terlihat dari jawaban tidak setuju antara lain pada pernyataan : keramahan petugas (54,5 %), pelayanan sopan (36,4 %), suasana tenang & tdk gaduh (45,5 %).

Setelah penilaian responden tersebut dikategorikan menjadi tiga, yaitu baik, sedang dan kurang maka gambaran untuk masing-masing unit pelayanan (umum, gigi, KIA) adalah sebagai berikut :

Tabel 4.35. Distribusi Frekuensi Variabel Kenyamanan Menurut Jenis Pelayanan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Pelayanan	Baik		Sedang		Total	
	n	%	n	%	n	%
Poli Umum	123	80.9	29	19.1	152	100
Poli Gigi	10	66.7	5	33.3	15	100
KIA	6	54.5	5	45.5	11	100

Tabel tersebut diatas memberi gambaran bahwa kenyamanan yang dinilai paling baik adalah pada pelayanan poli umum (80,9 %). Sedangkan kenyamanan yang dinilai paling rendah adalah pada unit pelayanan KIA.

7. Variabel Mutu Pelayanan Empati

Penilaian responden terhadap variabel mutu pelayanan empati secara umum dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 4.36. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Empati Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Empati	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Petugas penuh pengertian & kesabaran	1	0.6	20	11.2	144	80.9	13	7.3	178	100
Pasien diperlakukan dengan sopan	0	0	27	15.2	137	77.0	14	7.9	178	100
Pegawai bermuka ramah	0	0	50	28.1	112	62.9	16	9.0	178	100
Pegawai bersikap adil dlm pelayanan	2	1.1	10	5.6	118	66.3	48	27.0	178	100
Pegawai suka tersenyum dg pengunjung	2	1.1	80	44.9	91	51.1	5	2.8	178	100

Dari hasil jawaban responden pada variabel empati diketahui bahwa jawaban setuju pernyataan petugas penuh pengertian dan kesabaran sebanyak 144 (80,9 %), pasien diperlakukan dengan sopan 137 (77 %), pegawai bermuka ramah 112 (62,9 %), pegawai bersikap adil dalam pelayanan 118 (66,3 %) dan pegawai suka tersenyum dengan pengunjung 91 (51,1 %).

Jawaban tidak setuju yang terbanyak pada pernyataan pegawai suka tersenyum yaitu 80 orang (44,9 %) dan pegawai bermuka ramah yaitu 50 orang (28,1 %).

Setelah penilaian responden tersebut dikategorikan menjadi tiga, yaitu baik, sedang dan kurang maka didapat hasil sebagai berikut :

Tabel 4.37. Distribusi Frekuensi Variabel Empati Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Empati	n	Prosentase (%)
Baik	103	57.86
Sedang	74	41.58
Kurang	1	0.56
Jumlah	178	100

Tabel 4.37 tentang frekuensi variabel empati diatas memberi gambaran bahwa sebanyak 103 responden (57,86 %) menilai baik. Sedangkan 74 responden (41,56 %) menilai sedang serta 1 responden (0,56 %) menilai kurang.

Jika dilihat dari masing-masing jenis/ unit pelayanan maka penilaian terhadap empati adalah sebagai berikut :

a. Pelayanan Poli Umum

Penilaian responden terhadap butir-butir pernyataan yang ada pada variabel empati di unit pelayanan poli umum adalah sebagai berikut :

Tabel 4.38. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Empati Pelayanan Poli Umum Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Empati	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Petugas penuh pengertian & kesabaran	0	0	15	9.9	125	82.2	12	7.9	152	100
Pasien diperlakukan dengan sopan	0	0	19	12.5	119	78.3	14	9.2	152	100
Pegawai bermuka ramah	0	0	40	26.3	96	63.2	16	10.5	152	100
Pegawai bersikap adil dlm pelayanan	2	1.3	7	4.6	100	65.8	43	28.3	152	100
Pegawai suka tersenyum dg pengunjung	1	0.7	61	40.1	85	55.9	5	3.3	152	100

Dari tabel tersebut diketahui bahwa hal yang dianggap kurang (jawaban tidak setuju) dalam pelayanan di poli umum adalah pada pernyataan mengenai raut muka yang ramah sebesar 26,3 % dan pegawai yang suka tersenyum sebanyak 40,1 %.

Hal yang dinilai baik (jawaban sangat setuju) ada pada pernyataan mengenai sikap adil pegawai sebanyak 28,3 %

b. Pelayanan Poli Gigi

Penilaian responden terhadap butir-butir pernyataan yang ada pada variabel empati di unit pelayanan poli gigi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.39. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Empati Pelayanan Poli Gigi Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Empati	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Petugas penuh pengertian & kesabaran	0	0	3	20.0	12	80.0	0	0	15	100
Pasien diperlakukan dengan sopan	0	0	3	20.0	12	80.0	0	0	15	100
Pegawai bermuka ramah	0	0	4	26.7	11	73.3	0	0	15	100
Pegawai bersikap adil dlm pelayanan	0	0	1	6.7	11	73.3	3	20.0	15	100
Pegawai suka tersenyum dg pengunjung	0	0	13	86.7	2	13.3	0	0	15	100

Tabel tersebut diatas memperlihatkan bahwa terdapat jawaban tidak setuju pada beberapa pernyataan mengenai empati unit pelayanan poli gigi, antara lain mengenai raut muka yang ramah (26,7. %), pegawai suka tersenyum (86,7 %), perlakuan yang sopan (20 %) serta petugas pengertian dan sabar (20 %).

Tabel tersebut juga memperlihatkan bahwa pada poli gigi responden ada yang menyatakan sangat setuju terhadap pernyataan mengenai keadilan pegawai dalam memberikan pelayanan yakni sebesar 20 %.

c. Pelayanan KIA

Jawaban responden terhadap mutu pelayanan empati pada unit pelayanan KIA terlihat dalam tabel 4.40 dibawah ini :

Tabel 4.40. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Empati Unit Pelayanan KIA Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Empati	Sangat tdk setuju		Tidak setuju		Setuju		Sangat Setuju		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Petugas penuh pengertian & kesabaran	1	9.1	2	18.2	7	63.6	1	9.1	11	100
Pasien diperlakukan dengan sopan	0	0	5	45.5	6	54.5	0	0	11	100
Pegawai bermuka ramah	0	0	6	54.5	5	45.5	0	0	11	100
Pegawai bersikap adil dlm pelayanan	0	0	2	18.2	7	63.6	2	18.2	11	100
Pegawai suka tersenyum dg pengunjung	1	9.1	6	54.5	4	36.4	0	0	11	100

Tabel tersebut diatas memperlihatkan bahwa terdapat jawaban tidak setuju pada beberapa pernyataan mengenai empati unit pelayanan KIA, antara lain mengenai raut muka yang ramah (54,5 %), pegawai suka tersenyum (54,5 %), perlakuan yang sopan (45,5 %).

Setelah penilaian responden tersebut dikategorikan menjadi tiga, yaitu baik, sedang dan kurang maka gambaran untuk masing-masing unit pelayanan (umum, gigi, KIA) adalah sebagai berikut :

Tabel 4.41. Distribusi Frekuensi Variabel Empati Menurut Jenis Pelayanan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Pelayanan	Baik		Sedang		Kurang		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Poli Umum	94	61.8	58	38.2	0	0	152	100
Poli Gigi	5	33.3	10	66.7	0	0	15	100
KIA	4	36.4	6	54.5	1	9.1	11	100

Tabel tersebut diatas memberi gambaran bahwa empati yang dinilai paling baik adalah pada pelayanan poli umum (61,8 %). Sedangkan empati yang dinilai paling rendah adalah pada unit pelayanan poli gigi.

Terdapat penilaian kurang baik dalam hal mutu pelayanan empati yaitu pada pelayanan KIA sebesar 9,1 %.

8. Variabel Minat Pemanfaatan Ulang

Minat responden terhadap pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan secara umum dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 4.42. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Variabel Minat Pemanfaatan Ulang Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Minat memanfaatkan kembali	Sangat tdk minat		Tidak Minat		Minat		Sangat Minat		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Setelah melihat kondisi fisik (bukti langsung)	1	0.6	3	1.7	132	74.2	42	23.6	178	100
Setelah merasakan keterhandalan pelayanan	0	0	16	9.0	123	69.1	39	21.9	178	100
Setelah melihat/merasakan daya tanggap petugas	0	0	13	7.3	138	77.5	27	15.2	178	100
Setelah merasakan perihal kenyamanan	0	0	7	3.9	135	75.8	36	20.2	178	100
Setelah melihat/merasakan perihal empati petugas	0	0	15	8.4	148	83.1	15	8.4	178	100

Pada tabel 4.42. terlihat gambaran jawaban responden mengenai minat pemanfaatan ulang, dimana mayoritas responden menyatakan minat pada setiap pertanyaan yang ada. Pernyataan minat pemanfaatan ulang pada pernyataan yang berhubungan dengan variabel mutu pelayanan bukti langsung sebanyak 132 (74,2 %), keterhandalan 123 (69,1 %), daya tanggap 138 (77,5 %), kenyamanan 135 (75,8 %) dan empati 148 (83,1 %)

Jawaban sangat minat pemanfaatan kembali ada pada pernyataan mengenai kondisi fisik dan fasilitas puskesmas yaitu sebanyak 42 (23,6 %).

Setelah penilaian responden tersebut dikategorikan menjadi tiga, yaitu baik, sedang dan kurang maka didapat hasil sebagai berikut :

Tabel 4.43. Distribusi Frekuensi Variabel Minat Pemanfaatan Ulang Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Kategori	n	Prosentase (%)
Minat	156	87.64
Ragu-ragu	22	12.36
Jumlah	178	100

Tabel 4.43 tentang frekuensi variabel minat ulang tersebut memberi gambaran bahwa sebanyak 156 responden (87,64 %) memiliki kategori minat. Sedangkan 22 responden (12,36 %) lainnya masuk dalam kategori ragu – ragu dan tidak ada yang masuk dalam kategori tidak minat.

Jika dilihat dari masing-masing jenis/ unit pelayanan maka minat memanfaatkan kembali pelayanan yang ada adalah sebagai berikut :

Tabel 4.44. Distribusi Frekuensi Variabel Minat Memanfaatkan Ulang Menurut Jenis Pelayanan Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Pelayanan	Minat		Ragu-ragu		Total	
	n	%	n	%	n	%
Poli Umum	137	90.1	15	9.9	152	100
Poli Gigi	11	73.3	4	26.7	15	100
KIA	8	72.7	3	27.3	11	100

Dari tabel tersebut terlihat bahwa pernyataan minat memanfaatkan ulang puskesmas Susukan I yang tertinggi adalah pada unit pelayanan poli umum (90,1 %) dan yang terendah pada unit pelayanan KIA (72,7 %). Pernyataan ragu-ragu untuk memanfaatkan ulang yang tertinggi adalah pada unit pelayanan KIA (27,3 %) kemudian pada poli gigi (26,7 %).

9. Diskripsi Jawaban Terhadap Pertanyaan Alasan Minat Pemanfaatan Ulang Puskesmas

Terlepas dari hasil jawaban mengenai mutu pelayanan dari 178 responden yang diwawancarai, sebanyak 173 orang menyatakan minat memanfaatkan ulang dengan beberapa alasan sebagaimana tersebut pada tabel berikut :

Tabel 4.45. Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Pertanyaan
Alasan Minat Pemanfaatan Ulang Puskesmas Susukan I
Tahun 2002

Alasan Memanfaatkan Ulang	n	Prosentase (%)
a. Harga/biaya terjangkau	171	98,84
b. Pelayanan ramah	126	72,83
c. Pelayanan cepat	104	60,11
d. Fasilitas lengkap	128	73,98
e. Obat manjur/cepat sembuh	149	86,13
f. Jarak dekat	141	81,50
g. Waktu pelayanan sesuai	121	69,94
h. Tidak ada sarana yankes lain	22	12,71
i. Sarana kes. lain tdk memuaskan	16	9,25

Pada tabel 4.45. tersebut diketahui alasan minat pemanfaatan kembali pelayanan Puskesmas yang terbesar adalah karena harga/biaya terjangkau yakni sebanyak 171 (98,84 %), kemudian alasan obat manjur/cepat sembuh 86,13 % , jarak yang dekat 81,5 % dan fasilitas yang lengkap 73,98 %.

Dari responden yang menyatakan minat memanfaatkan ulang pelayanan Puskesmas Susukan I, sedikit sekali karena alasan tidak ada sarana yankes lain yaitu 12,71 % dan alasan sarana kesehatan lain tidak memuaskan sebanyak 9,25 %.

Dari hasil wawancara diketahui pula bahwa sebanyak 115 responden (64,60 %) tidak memberikan informasi atau tidak menceritakan perihal pelayanan Puskesmas kepada orang lain setelah ia berobat di Puskesmas Susukan I.

D. Hasil Analisis Bivariat

1. Tabulasi Silang

Hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat digambarkan dengan tabel silang sebagai berikut :

Tabel 4.46. Tabel Silang Variabel Tingkat Pendidikan Responden dengan Pemanfaatan Ulang Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Tk Pendidikan	Pemanfaatan Ulang				Jumlah	
	Minat		Ragu-ragu			
	n	%	n	%	n	%
Rendah	122	68,54	13	7,30	135	75,84
Menengah	29	16,29	8	4,50	37	20,79
Tinggi	5	2,81	1	0,56	6	3,37
Jumlah	156	87,64	22	12,36	178	100

Tabel 4.46. tersebut memberi gambaran bahwa mayoritas responden yang masuk dalam minat memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas, memiliki tingkat pendidikan rendah yaitu sebanyak 122 (68,54 %). Pada kelompok katagori ragu-ragu memanfaatkan kembali prosentase tertinggi juga pada tingkat pendidikan yang rendah yaitu 13 (7,30 %).

Tabel 4.47. Tabel Silang Variabel Tingkat Ekonomi Responden dengan Pemanfaatan Ulang Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Tk Ekonomi	Pemanfaatan Ulang				Jumlah	
	Minat		Ragu-ragu			
	n	%	n	%	n	%
Miskin	105	58,99	11	6,18	116	65,17
Tdk Miskin	51	28,65	11	6,18	62	34,83
Jumlah	156	87,64	22	12,36	178	100

Tabel 4.47. tersebut memberi gambaran bahwa mayoritas responden yang masuk dalam kelompok minat memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas, merupakan katagori miskin dalam variabel tingkat ekonomi yakni sebanyak 105 (58,99 %).

Tabel 4.48. Tabel Silang Variabel Bukti Langsung dengan Pemanfaatan Ulang Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Bukti Langsung	Pemanfaatan Ulang				Jumlah	
	Minat		Ragu-ragu			
	n	%	n	%	n	%
Baik	107	60,11	7	3,93	114	64,04
Sedang	49	27,53	14	7,87	63	35,40
Kurang	0	0	1	0,56	1	0,56
Jumlah	156	87,64	22	12,36	178	100

Tabel 4.48. tersebut memberi gambaran bahwa sebagian besar responden yang masuk dalam minat memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas, dalam hal pernyataan terhadap variabel bukti langsung adalah pada katagori baik yaitu sebanyak 107 (60,11 %).

Tabel 4.49. Tabel Silang Variabel Keterhandalan dengan Pemanfaatan Ulang Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Keterhandalan	Pemanfaatan Ulang				Jumlah	
	Minat		Ragu-ragu			
	n	%	n	%	n	%
Baik	111	62,36	5	2,81	116	65,17
Sedang	45	25,28	17	9,55	62	34,83
Jumlah	156	87,64	22	12,36	178	100

Tabel 4.49. tersebut memberi gambaran bahwa sebagian besar responden yang masuk dalam minat memanfaatkan ulang pelayanan Puskesmas, dalam hal pernyataan terhadap variabel keterhandalan adalah pada katagori baik yaitu sebanyak 111 (62,36 %). Pada kelompok katagori ragu-ragu memanfaatkan ulang prosentase tertinggi ada pada katagori sedang dalam hal pernyataan terhadap variabel keterhandalan yaitu 17 (9,55 %).

Tabel 4.50. Tabel Silang Variabel Daya Tanggap dengan Pemanfaatan Ulang Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Daya Tanggap	Pemanfaatan Ulang				Jumlah	
	Minat		Ragu-ragu			
	n	%	n	%	n	%
Baik	93	52,25	8	4,49	101	56,74
Sedang	63	35,39	14	7,87	77	43,26
Jumlah	156	87,64	22	12,36	178	100

Dari tabel 4.50 terlihat bahwa pada variabel daya tanggap yang masuk pada katagori minat dalam pemanfaatan ulang 52,25 % adalah katagori baik dan 35,39 % lainnya katagori sedang. Pada kelompok katagori ragu-ragu memanfaatkan ulang prosentase tertinggi ada pada katagori sedang dalam hal pernyataan terhadap variabel daya tanggap yaitu 14 (7,87 %).

Tabel 4.51. Tabel Silang Variabel Kenyamanan/Jaminan dengan Pemanfaatan Ulang Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Kenyamanan/ jaminan	Pemanfaatan Ulang				Jumlah	
	Minat		Ragu-ragu			
	n	%	n	%	n	%
Baik	130	73,14	9	5,06	139	78,09
Sedang	26	14,61	13	7,30	39	21,91
Jumlah	156	87,64	22	12,36	178	100

Tabel 4.51. tersebut memberi gambaran bahwa sebagian besar responden yang masuk dalam minat memanfaatkan ulang pelayanan Puskesmas, dalam hal pernyataan terhadap variabel kenyamanan/ jaminan adalah pada katagori baik yaitu sebanyak 130 (73,14 %).

Tabel 4.52. Tabel Silang Variabel Empati dengan Pemanfaatan Ulang Puskesmas Susukan I Tahun 2002

Empati	Pemanfaatan Ulang				Jumlah	
	Minat		Ragu-ragu			
	n	%	n	%	n	%
Baik	102	57.30	1	0.56	103	57,86
Sedang	54	30.34	20	11.24	74	41,58
Kurang	0	0	1	0.56	1	0,56
Jumlah	156	87.64	22	12.36	178	100

Tabel 4.52. tersebut memberi gambaran bahwa sebagian besar responden yang masuk dalam minat memanfaatkan ulang pelayanan Puskesmas, dalam hal pernyataan terhadap variabel empati adalah pada katagori baik yaitu sebanyak 102 (57,30 %). Pada kelompok katagori

ragu-ragu memanfaatkan ulang prosentase tertinggi ada pada katagori sedang dalam hal pernyataan terhadap variabel empati yaitu 20 (11,24 %).

2. Uji Hipotesis

Hasil uji korelasi *pearson product moment* secara keseluruhan dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.53. Rangkuman Hasil Uji Korelasi Pearson Product Moment antara Variabel Bebas dengan variabel Terikat

No	Variabel Bebas	Variabel Terikat (Pemanfaatan Ulang)			Keputusan H_0
		Nilai r	Conv.Level	Signifikan	
1.	Tk Pendidikan	-0,137	0,01	0,069	Diterima.
2.	Tk Ekonomi	-0,175	0,05	0,020	Ditolak
3.	Bukti Langsung	0,427	0,01	0,000	Ditolak
4.	Keterhandalan	0,617	0,01	0,000	Ditolak
5.	Daya tanggap	0,369	0,01	0,000	Ditolak
6.	Kenyamanan/Jaminan	0,539	0,01	0,000	Ditolak
7.	Empati	0,558	0,01	0,000	Ditolak

Tabel tersebut menunjukkan bahwa hanya variabel tingkat pendidikan yang tidak mempunyai hubungan korelasi dengan pemanfaatan ulang, nilai probabilitas $0,069 < 0,01$ (pada level 1 %). Adapun arah hubungan menunjukkan bahwa tingkat ekonomi mempunyai arah hubungan yang negatif. Hal ini berarti makin tinggi tingkat ekonomi makin rendah minat memanfaatkan ulang pelayanan puskesmas.

E. Hasil Analisa Multivariat

Analisis ini dilakukan dengan analisis statistik regresi linier ganda. Sebelum dilakukan uji regresi dilakukan uji asumsi heteroskedastisitas, autokorelasi, multikolonieritas dan normalitas. Dalam uji ini dihasilkan 4 (empat) variabel bebas yang memenuhi syarat untuk dilakukan uji regresi linier ganda, yaitu tingkat ekonomi, bukti langsung, daya tanggap dan empati.

Hasil uji multikolinieritas menunjukkan angka VIF sekitar 1 dan angka tolerance mendekati 1. Hasil uji heteroskedastisitas memperlihatkan adanya titik-titik yang menyebar diatas dan dibawah angka nol pada sumbu Y . Hasil uji autokorelasi memperlihatkan nilai Durbin-Watson (DW) sebesar 1,642 dimana terletak antara -2 sampai dengan +2. Uji normalitas memperlihatkan adanya titik-titik yang membentuk garis diagonal.

Variabel bebas yang telah memenuhi syarat uji regresi dan berhubungan dengan variabel terikat diuji secara bersama-sama. Uji ini dilakukan secara bertahap dari hasil nilai signifikan yang memenuhi syarat. Untuk uji pertama dilakukan terhadap tingkat ekonomi, bukti langsung, daya tanggap, dan empati dengan variabel pemanfaatan ulang.

Dari uji ANOVA, didapat F hitung adalah 30,527 dengan tingkat signifikansi 0,001. Hal ini menunjukkan pengaruh variabel bebas secara keseluruhan sudah signifikan. Signifikansi konstanta pada uji t memperlihatkan bahwa variabel bebas yang memenuhi syarat ($p < 0,05$) adalah bukti langsung ($p=0,001$), daya tanggap ($p=0,050$) dan empati

($p=0,001$). Tingkat ekonomi memiliki nilai $p = 0,168 (> 0,05)$ sehingga dikeluarkan dan dilanjutkan dengan uji yang sama.

Kemudian setelah dilakukan uji terhadap ketiga variabel tersebut dihasilkan nilai signifikansi yang memenuhi pada ketiga variabel tersebut yakni variabel bukti langsung (0,001), variabel daya tanggap (0,040) dan variabel empati (0,001). Uji ANOVA menunjukkan F hitung 39,854 dengan tingkat signifikansi 0,001. Dengan demikian variabel bukti langsung, daya tanggap dan variabel empati secara bersama berhubungan dengan pemanfaatan ulang. Adapun besarnya hubungan masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat adalah sebagai berikut :

Tabel 4.54. Besar hubungan pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat

Variabel	Besar hubungan (<i>Beta</i>)	Signifikansi
Bukti Langsung	0,285	0,000
Daya Tanggap	0,134	0,040
Empati	0,424	0,000

Dari besarnya koefisien regresi pada kolom *standardize* terlihat bahwa besar hubungan pengaruh variabel bebas terhadap pemanfaatan ulang secara berturut – turut adalah variabel empati (0,424), variabel bukti langsung (0,285) dan variabel daya tanggap (0,134).

Adapun besar kontribusi/sumbangan ketiga variabel tersebut terhadap pemanfaatan ulang ditunjukkan oleh besarnya *Adjusted R Square* yaitu 0,397 atau 39,7 %, selebihnya 60,3 % disebabkan sebab-sebab lain. Sedangkan faktor yang paling dominan dari ketiga variabel yang berpengaruh tersebut adalah variabel empati.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Data Univariat

Pembahasan data univariat disini meliputi deskripsi jawaban responden terhadap kuesioner dan distribusi frekuensi variabel yang diteliti setelah dikategorikan.

1. Deskripsi terhadap Jawaban Responden

Dari tabel rekapitulasi hasil jawaban responden terhadap variabel mutu pelayanan secara umum responden memberikan pernyataan yang positif (baik) terhadap pernyataan tentang keberadaan atau faktor mutu pelayanan yang ada di puskesmas Susukan I. Hampir setiap butir pertanyaan yang ada pada masing-masing variabel mutu pelayanan memiliki nilai pada pernyataan setuju diatas 50 %.

Setelah melihat hasil jawaban responden terhadap pertanyaan tentang mutu pelayanan, hal yang dirasakan lebih perlu untuk dibahas adalah pada variabel kenyamanan/jaminan maupun empati terutama pada pernyataan yang berhubungan dengan keramahan pegawai. Walaupun secara umum hal tersebut tidak mempengaruhi minat responden untuk datang kembali ke puskesmas.

Nilai setuju terendah ada pada pernyataan mengenai pegawai yang suka tersenyum kepada pengunjung (51,1 %) dan nilai tidak setuju pada pernyataan ini juga tertinggi (44,9 %). Hal ini ada hubungannya dengan

pernyataan mengenai keramahan petugas dalam pelayanan dimana memiliki nilai tidak setuju yang relatif lebih besar dibanding pada pernyataan lainnya.

Jika dilihat pada masing-masing unit pelayanan yang ada maka masalah kenyamanan yang perlu mendapat perhatian yang lebih adalah pada unit pelayanan KIA. Sedangkan masalah empati yang perlu mendapat perhatian yang lebih adalah pada unit pelayanan poli gigi.

Masyarakat atau responden sangat membutuhkan keramahan dalam setiap pelayanan yang mereka terima, setidaknya senyum menjadi hal yang mewakili dari keramahan pegawai. Responden merasakan ada beberapa petugas yang bersikap kurang ramah dan tidak murah senyum, padahal untuk menjaga citra pelayanan semestinya setiap petugas murah senyum dan bersikap ramah (Depkes RI, 1995). Pendapat senada dikemukakan oleh Gasperz (1997) yang menyatakan bahwa pelayanan seharusnya menjaga sikap sopan dan ramah tamah para pegawainya terhadap konsumen.

Keramahan seorang pegawai memang sangat dipengaruhi oleh banyak sebab, antara lain kondisi fisik mungkin capai terlalu banyak pekerjaan, sifat bawaan masing-masing pegawai, adanya permasalahan yang disebabkan oleh beban kerja, atau kekesalan oleh perilaku pengunjung.

Sikap petugas dalam hal pelayanan sebagaimana sikap manusia pada umumnya dipengaruhi salah satunya budaya. Dimana budaya di Indonesia

perlakuan seseorang kepada orang lain melihat penampilannya. Hal inilah yang terkadang menjadi budaya petugas puskesmas yang kebetulan berada di wilayah pedesaan. Sehingga memang dibutuhkan perhatian yang terus menerus dari pimpinan puskesmas untuk selalu mengingatkan pentingnya bersikap ramah terhadap semua pengunjung, konsumen adalah bukan sekedar raja tetapi mitra dalam upaya pembangunan kesehatan.

Hal ini sesuai dengan apa yang ditulis oleh Akino W. Azzaro dalam sebuah artikel internet edisi 12 Agustus 2000, dimana hubungan yang baik dengan pelanggan tidak menjadikan mereka laksana raja yang harus disembah padahal dalam hati memaki. Hubungan baik dalam *Customer Relationship Management* adalah masalah hati, maka mulailah setiap pekerjaan yang berhubungan dengan orang lain dalam hal ini pengunjung dengan ketulusan niat. Sarana, fasilitas, kehandalan, daya tanggap hanyalah modal awal yang baik dalam membina hubungan.

Menurut Depkes RI (1996) salah satu dimensi mutu pelayanan yang harus diperhatikan adalah adanya *Interpersonal relationship* yakni pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan maupun antar petugas pemberi pelayanan. Dan juga *Respect and caring*, yaitu pelayanan yang diberikan dilakukan dengan sopan, hormat dan penuh perhatian.

Kualitas atau mutu pelayanan sangat berhubungan dengan kepuasan individu terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya. Awalnya menyangkut masalah ketersediaan pelayanan (*availability*), pelayanan

dapat diakses yang membutuhkan (*accessibility*) dan terjangkau secara finansial (*affordability*), namun berikutnya mesti diperhatikan tentang keramahan, sikap petugas, birokrasi tidak berbelit belit, kepedulian, daya tanggap dari para petugas.

Selain dari masalah empati pada variabel daya tanggap pernyataan tentang waktu tunggu responden yang menyatakan tidak setuju (tidak sesuai dengan kenyataan) sebanyak 62 orang (34,8 %). Hal ini semestinya menjadi perhatian bagi penyelenggara pelayanan bahwa ternyata mutu pelayanan menurut Depkes RI (1996) salah satunya harus memperhatikan ketepatan waktu sesuai harapan konsumen dan efisien. Sebagaimana juga disampaikan oleh Gaspersz (1997) bahwa pelayanan yang berkualitas seharusnya komitmen dengan ketepatan waktu, termasuk didalamnya adalah waktu yang diinginkan pasien. Pasien Puskesmas masih sering menjumpai kedisiplinan waktu para pegawai kurang. Terkadang pasien menunggu pelayanan sementara petugas belum hadir atau sudah hadir tapi tidak segera melaksanakan pelayanan.

Untuk pertanyaan variabel terikat yaitu minat pemanfaatan ulang sebagai mana pada tabel 4.42, terlihat bahwa pernyataan minat relatif besar pada setiap item pertanyaan. Pernyataan tidak minat terbesar pada item pertanyaan perihal keterhandalan yakni 9 % disusul kemudian perihal empati yaitu 8,4 %. Pernyataan sangat minat memanfaatkan ulang yang terbesar pada item mengenai sarana fasilitas (bukti langsung).

Perihal minat memanfaatkan ulang untuk masing-masing unit pelayanan berbeda. Besarnya minat memanfaatkan ulang secara berturut-turut : pelayanan poli umum (90,1 %), poli gigi (73,3 %) dan unit pelayanan KIA (72,7 %).

Pernyataan ragu-ragu untuk memanfaatkan ulang yang tertinggi ada pada pelayanan KIA, hal ini jika dikaitkan dengan tingkat ekonomi responden ternyata pengguna unit pelayanan KIA relatif lebih tinggi dibanding pada poli gigi maupun poli umum. Hal ini membenarkan teori sebelumnya yang disampaikan Azwar (1994) bahwa semakin tinggi tingkat ekonomi semakin besar tuntutan akan mutu pelayanan dan semakin berkurang minat memanfaatkan puskesmas.

Dari jawaban responden terhadap pertanyaan pada variabel terikat rata-rata responden minat memanfaatkan ulang pelayanan puskesmas tidak melihat dari pernyataan mereka tentang mutu pelayanan yang ada. Hal ini terbukti walaupun secara prosentase penilaian responden terhadap variabel empati relatif paling rendah, namun dalam hal minat masih tinggi yakni 83,1 % menyatakan minat dan 8,4 % menyatakan minat sekali. Sehingga memang minat pemanfaatan ulang suatu pelayanan tidak hanya dipengaruhi oleh mutu pelayanan saja. Hal ini didukung oleh beberapa alasan yang disampaikan oleh responden yang menyatakan minat memanfaatkan ulang, antara lain karena alasan biaya yang terjangkau, jarak yang dekat, tidak ada sarana lain ataupun karena menganggap saraya kesehatan lain tidak memuaskan.

Dari tabel 4.45 diketahui bahwa ada beberapa alasan responden menyatakan minat memanfaatkan puskesmas Susukan I antara lain : alasan harga yang terjangkau (98,84 %), alasan pelayanan ramah (72,83 %), alasan pelayanan cepat (60,11 %), alasan fasilitas lengkap (73,98 %), alasan cepat sembuh (86,13 %), alasan jarak yang dekat (81,50 %), waktu pelayanan sesuai (69,94 %), alasan tidak ada sarana lain (12,71 %) dan alasan sarana kesehatan lain tidak memuaskan (9,25 %).

Alasan responden memanfaatkan puskesmas karena harga yang terjangkau (98,84 %) dapat dipahami karena semua responden bukan pemegang kartu JPS-BK. Artinya mereka setidaknya dianggap mampu tidak miskin, walaupun standar miskin yang ada sekarang ini bisa berbeda antara satu dengan lainnya. Menurut Pusdiklat Dep Kes RI (1997), Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan dasar yang berada di tingkat kecamatan memang diharapkan terjangkau secara finansial (*affordability*) oleh masyarakat yang membutuhkan.

Kenaikan tarif retribusi mulai Januari 2001 ternyata tidak berdampak lama terhadap angka kunjungan. Secara umum jumlah kunjungan yang membayar pada tahun 2002 naik, walaupun dari prosentase terhadap keseluruhan kunjungan menurun. Menurut Kusnanto (1999), krisis ekonomi yang masih dirasakan justru menjadikan masyarakat memilih pelayanan kesehatan yang murah seperti puskesmas sebagai salah satu fasilitas kesehatan milik pemerintah yang sampai saat ini masih mendapat subsidi.

Sebagian besar alasan memanfaatkan puskesmas juga karena alasan fasilitas yang memadai. Dimana fasilitas atau sarana fisik merupakan salah satu bagian dari dimensi mutu pelayanan. Sebelum orang mengetahui bagaimana pelayanan yang diberikan tentulah yang pertama mereka lihat adalah fasilitas atau sarana. Pengunjung akan merasa puas jika kebutuhannya akan sarana fisik terpenuhi seperti adanya tempat parkir, ruangan yang rapi dan bersih, ada kamar mandi/ WC yang bersih, dan lain-lain. Sejak puskesmas mendapatkan pengembalian dana operasional sebesar 80 % dari retribusi yang diperoleh, puskesmas Susukan I secara fisik mengalami banyak kemajuan karena diberi wewenang penuh mengelola dana tersebut sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan. Dimana 15 % dari dana pengembalian tersebut dialokasikan untuk pemeliharaan gedung (sarana).

Jarak yang dekat atau terjangkau menjadi salah satu alasan responden untuk datang kembali ke puskesmas Susukan. Hal ini mudah dipahami karena puskesmas Susukan I berada di tepi jalan raya yang mudah terjangkau dengan alat transportasi apapun dan berada di tengah wilayah kerja puskesmas. Bennet (1987) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi demand pelayanan kesehatan antara lain kemudahan transportasi ke tempat pelayanan dan jarak yang dekat dengan tempat tinggal. Dari 5 responden yang menyatakan tidak minat datang kembali ke puskesmas Susukan I ternyata 4 diantaranya berasal dari desa Berta yang berada paling jauh dari puskesmas.

Sebanyak 115 (64,60 %) responden tidak menginformasikan pelayanan yang diterima kepada orang lain. Padahal jika melihat persepsi responden terhadap pelayanan puakesmas baik, semestinya angka kunjungan baru menjadi naik. Hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Tjiptono (2002) bahwa konsumen yang merasa puas atau cocok dengan apa yang diterimanya maka disamping menjadi dasar yang baik bagi pembelian/ pemanfaatan ulang juga akan membentuk rekomendasi dari mulut ke mulut yang menguntungkan bagi pemberi pelayanan.

2. Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian

Tabel 4.9. memberi gambaran bahwa sebagian besar responden adalah berpendidikan rendah yakni mengenyam pendidikan formal tidak lebih dari 6 tahun sebanyak 135 (75,84 %). Latar belakang tingkat pendidikan formal secara umum memang merupakan tolok ukur bagi seseorang untuk lebih mudah dalam memberikan persepsi, respon ataupun tanggapan terhadap sesuatu yang datang dari luar. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin besar pula tuntutan akan mutu pelayanan yang lebih baik.

Jika dilihat dari distribusi frekuensi tingkat ekonomi responden (tabel 4.11) ternyata 65,17 % berada pada katagori miskin (menurut BPS 2001). Padahal mereka bukanlah pemegang kartu JPS-BK yang diperuntukkan bagi keluarga miskin. Dan memang disadari sampai saat ini pemberian kartu JPS-BK belum dapat dikatakan tepat sasaran, setidaknya itulah yang penulis ketahui dilapangan.

Hal ini telah dikemukakan oleh Azwar (1994) bahwa semakin tinggi tingkat pendapatan semakin berkurang kunjungannya ke Puskesmas tetapi semakin sering kunjungannya ke fasilitas modern.

Pemanfaatan puskesmas yang sebagian besar oleh masyarakat ekonomi bawah nampaknya semakin menguatkan opini bahwa puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan kelas bawah, yang diidentikan dengan keterbatasan-keterbatasan baik dari segi sarana prasarana maupun mutu pelayanan secara umum. Hal ini menjadi tantangan kedepan untuk bagaimana puskesmas bisa menjadi sebuah alternatif pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tuntutan masyarakat. Untuk itulah pemerintah telah melakukan beberapa upaya peningkatan mutu pelayanan puskesmas diantaranya menswadanakan semua puskesmas, sebagaimana dikatakan oleh FA Moeloek dalam lokakarya "Kebijakan Reformasi Sektor Kesehatan untuk Meminimalkan Dampak Krisis Ekonomi" (Kompas, 15 Juli 1998).

Pada distribusi frekuensi variabel mutu pelayanan setelah data dikategorikan, ternyata diketahui secara umum mutu pelayanan puskesmas Susukan I baik. Responden yang menilai baik variabel bukti langsung sebanyak 64,04 %, keterhandalan : 65,17 %, daya tanggap : 56,74 %, kenyamanan/jaminan : 78,09 % dan empati : 57,86 %. Dari hasil tersebut memberikan gambaran bahwa mutu pelayanan rawat jalan puskesmas Susukan I secara umum pada tahun 2002 adalah baik. Karena salah satu tolok ukur mutu pelayanan adalah menurut persepsi atau penilaian pasien.

Penilaian oleh pasien sebagai dasar penentuan mutu pelayanan mengikuti hakekat dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan yaitu memenuhi kebutuhan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health needs and demand*).

Sehingga mutu pelayanan kesehatan merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan kepuasan pada pengguna. (Azwar A, 1996)

Jika dilihat pada masing-masing unit pelayanan ternyata mutu pelayanan pada unit pelayanan poli umum menurut responden lebih baik dibanding dengan poli gigi maupun pelayanan KIA. Hal ini dimungkinkan karena perhatian peningkatan mutu pelayanan selama ini lebih diarahkan ke poli umum, sehingga baik sarana, suasana maupun sumber daya manusianya relatif lebih baik dibanding pelayanan yang lain. Disamping karena kebutuhan masyarakat akan pelayanan poli umum lebih besar.

Pada tabel distribusi frekuensi variabel minat pemanfaatan ulang (tabel 4.43) tampak bahwa sebagian besar (87,64 %) responden menyatakan minat. Setelah ditanyakan tentang mutu pelayanan yang diterima dan dilanjutkan pertanyaan tentang minat pemanfaatan ulang ternyata ada kesesuaian, dimana penilaian yang baik terhadap pelayanan menjadikan minat memanfaatkan ulang tinggi. Sedangkan untuk mengetahui sejauhmana adanya hubungan antara keduanya dibahas pada hasil uji statistiknya.

Jika dilihat pada masing-masing unit pelayanan ternyata pernyataan minat memanfaatkan ulang yang terbesar ada pada pelayanan poli umum yakni sebesar 90,1 % . Hal ini ada hubungannya dengan pernyataan sebelumnya mengenai mutu pelayanan dimana penilaian mutu pelayanan baik bukti langsung, keterhandalan, daya tanggap, kenyamanan maupun empati lebih baik dibanding dengan penilaian yang sama pada unit pelayanan poli gigi maupun KIA.

B. Pembahasan Hasil Uji Bivariat

1. Tabulasi Silang antar Variabel Penelitian

a. Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Pemanfaatan Ulang

Tabel 4.46. memberi gambaran bahwa mayoritas responden yang masuk dalam kelompok minat memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas, memiliki tingkat pendidikan rendah yaitu sebanyak 122 (68,54 %). Pada kelompok katagori ragu-ragu memanfaatkan kembali prosentase tertinggi juga pada tingkat pendidikan yang rendah yaitu 13 (7,30 %). Sehingga dari sini jelas bahwa memang masyarakat yang menggunakan pelayanan puskesmas sebagian besar adalah mempunyai tingkat pendidikan yang rendah. Disamping karena keberadaan puskesmas obyek penelitian berada pada daerah dengan kondisi masyarakat 70,9 % berpendidikan rendah, juga sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Azwar A bahwa semakin tinggi pendidikan akan semakin meningkatkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan yang

lebih modern dan lebih canggih, sehingga permintaan kepada Puskesmas akan turun.

b. Hubungan antara Tingkat Ekonomi dengan Pemanfaatan Ulang

Tabel 4.47. memberi gambaran bahwa mayoritas responden yang masuk dalam kelompok minat memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas, merupakan katagori miskin dalam variabel tingkat ekonomi yakni sebanyak 105 (58,99 %). Dari gambaran ini menunjukkan bahwa tingkat ekonomi mempunyai hubungan dengan pemanfaatan ulang pelayanan puskesmas, dimana menurut Kusnanto (1999) rendahnya tingkat ekonomi apalagi ditunjang adanya krisis ekonomi semakin mempengaruhi minat masyarakat untuk memilih atau memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang murah seperti puskesmas.

c. Hubungan antara Bukti Langsung dengan Pemanfaatan Ulang

Tabel 4.48. tersebut memberi gambaran bahwa sebagian besar responden yang masuk dalam minat memanfaatkan kembali pelayanan Puskesmas, dalam hal pernyataan terhadap variabel bukti langsung adalah pada katagori menilai baik yaitu sebanyak 107 responden (60,11 %).

Bukti langsung dalam dimensi mutu pelayanan ini berkaitan dengan penampilan luar yang meliputi : kondisi halaman, ruangan, sarana/ fasilitas. Ternyata bukti langsung ini mendapat penilaian yang

cukup baik, maka dapat dikatakan bahwa kondisi fisik/ bukti langsung mempengaruhi angka kunjungan pasien.

Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa salah satu dimensi mutu pelayanan adalah adanya unsur *tangible* (bukti langsung) yaitu penampilan luar yang dapat dilihat secara langsung (Tjiptono, 2002).

Azwar (1994) mengatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan sebenarnya merujuk pada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan. Secara umum disebutkan bahwa makin sempurna penampilan pelayanan kesehatan, makin sempurna pula mutunya.

d. Hubungan antara Keterhandalan dengan Pemanfaatan Ulang

Tabel 4.49. memberi gambaran bahwa sebagian besar responden yang masuk dalam kelompok minat memanfaatkan ulang pelayanan Puskesmas, dalam hal pernyataan terhadap variabel keterhandalan adalah pada katagori baik yaitu sebanyak 111 (62,36 %).

Keterhandalan dalam hal ini berkaitan dengan kemampuan petugas, kemanjuran obat, informasi yang benar serta ketepatan waktu yang dibutuhkan dalam pelayanan. Pernyataan buruk terhadap keterhandalan prosentase terbesar pada pernyataan tentang petugas bekerja dengan cepat. Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya pasien menginginkan penanganan yang cepat tidak terlalu lama menunggu.

e. Hubungan antara Daya Tanggap dengan Pemanfaatan Ulang

Dari tabel 4.50 terlihat bahwa pada variabel daya tanggap yang masuk pada katagori minat dalam pemanfaatan ulang sebanyak 93 (52,25 %) adalah katagori baik dan 63 (35,39 %) lainnya katagori sedang.

Daya tanggap disini berkaitan dengan sikap petugas yang segera memberi pelayanan saat dibutuhkan, selalu berada ditempat, tanggap dan selalu siap menangani keluhan pasien.

Andersen (1975) mengatakan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan antara lain dipengaruhi oleh adanya kebutuhan karena sakit menginginkan kesembuhan dan juga adanya faktor pendukung seperti faktor pelayanan kesehatan yang salah satunya adalah lama waktu tunggu.

Kebiasaan yang kerap terjadi di Puskesmas adalah petugas menunggu pasien hingga agak banyak, yang pada akhirnya merugikan pasien dan merepotkan petugas sendiri atau petugas lainnya.

f. Hubungan antara Kenyamanan/Jaminan dengan Pemanfaatan Ulang

Tabel 4.51. memberi gambaran bahwa sebagian besar responden yang masuk dalam katagori minat memanfaatkan ulang pelayanan Puskesmas, dalam hal pernyataan terhadap variabel kenyamanan/ jaminan adalah pada kelompok menilai baik yaitu sebanyak 130 (73,03 %).

Menurut Lori Di Prete Brown, et al sebagaimana ditulis oleh Wijono (1999) salah satu standar pelayanan kesehatan adalah adanya kenyamanan (*aminities*). Kenyamanan dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya.

Dari sini jelas terlihat adanya hubungan antara kenyamanan dengan minat pemanfaatan kembali. Semakin nyaman suatu pelayanan semakin tinggi minat untuk kembali memperoleh pelayanan berikutnya. Unsur-unsur kenyamanan disini antara lain suasana ruangan yang tenang didukung oleh fasilitas yang dibutuhkan, petugas yang berlaku sopan, kerahasiaan terjaga misalnya adanya penyekat diruang periksa/suntik.

g. Hubungan antara Empati dengan Pemanfaatan Ulang

Tabel 4.52. memberi gambaran bahwa sebagian besar responden yang masuk dalam kelompok minat memanfaatkan ulang pelayanan Puskesmas, dalam hal pernyataan terhadap variabel empati adalah pada katagori menilai baik yaitu sebanyak 102 (57,30 %).

Dari pernyataan tersebut dapat dimengerti bahwa empati berhubungan dengan minat pemanfaatan ulang. Empati dalam penelitian ini adalah bagaimana petugas mempunyai perhatian (*respect and caring*) kepada setiap pengunjung tanpa memandang status sosialnya. Sebagaimana dinyatakan oleh Smith dan Metzner (1970) bahwa pasien sebagai pemakai jasa pelayanan kesehatan menganggap

dimensi mutu pelayanan yang dipandang paling penting adalah efisiensi pelayanan kesehatan (45 %), kemudian perhatian dokter secara pribadi kepada pasien (40 %), pengetahuan ilmiah yang dimiliki dokter (40 %), ketrampilan yang dimiliki dokter (35 %) serta kenyamanan pelayanan yang dirasakan oleh pasien (35 %).

Empati dalam kamus besar bahasa Indonesia diartikan sebagai keadaan mental seseorang yang mampu merasa atau mengidentifikasi perasaannya dalam perasaan atau keinginan orang lain atau sekelompok orang lain. Hal ini merupakan modal yang utama dalam menjalin hubungan antar manusia (*interpersonal relations*), dimana sangat diperlukan dalam menjaga mutu pelayanan (Wijono, 1999).

Wijono (1999) juga mengatakan bahwa hubungan antar manusia yang baik menanamkan kepercayaan dan kredibilitas dengan cara : menghargai, menjaga rahasia, menghormati, responsive dan memberikan perhatian. Mendengar keluhan dan berkomunikasi secara efektif merupakan hal yang penting. Pasien yang diperlakukan kurang baik cenderung untuk mengabaikan saran dan nasihat petugas kesehatan, atau tidak mau berobat ke tempat tersebut.

2. Uji Hipotesis

Hasil uji korelasi masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat menunjukkan sebagian besar (6 dari 7 variabel) menunjukkan adanya korelasi/hubungan yang bermakna. Variabel bebas yang

menunjukkan adanya hubungan dengan variabel terikat (pemanfaatan ulang) antara lain : tingkat ekonomi, bukti langsung, keterhandalan, daya tanggap, kenyamanan/jaminan dan empati. Sedangkan tingkat pendidikan tidak menunjukkan adanya hubungan ($p > 0,05$).

Tabel 4.53 menunjukkan variabel yang berhubungan dengan urutan besarnya hubungan sebagai berikut :

1. Keterhandalan dengan nilai korelasi sebesar 0,617, berarti mempunyai hubungan yang kuat dengan arah hubungan positif
2. Empati dengan nilai korelasi sebesar 0,558, berarti mempunyai hubungan yang kuat dengan arah hubungan positif
3. Kenyamanan/jaminan dengan nilai korelasi sebesar 0,539, berarti mempunyai hubungan yang kuat dengan arah hubungan positif
4. Bukti langsung dengan nilai korelasi sebesar 0,427, berarti mempunyai hubungan yang lemah dengan arah hubungan positif
5. Daya tanggap dengan nilai korelasi sebesar 0,369, berarti mempunyai hubungan yang lemah dengan arah hubungan positif
6. Tingkat ekonomi dengan nilai korelasi sebesar $- 0,175$, berarti mempunyai hubungan yang lemah dengan arah hubungan negatif.

Tidak adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatan ulang dalam penelitian ini berlawanan dengan teori sebelumnya bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi persepsi seseorang (Jacobalis, 2000). Sedangkan persepsi seseorang terhadap apa yang dialaminya termasuk pelayanan kesehatan akan mempengaruhi perilaku

pemanfaatan ulang (Kotler, 1995). Namun jika dilihat dari besar hubungan yang bertanda negatif (- 0,137) berarti arah hubungan berlawanan, sebenarnya telah membenarkan teori terdahulu dimana semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah minat memanfaatkan puskesmas (Azwar A, 1994) dan semakin tinggi pendidikan akan semakin meningkatkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan yang lebih modern dan lebih canggih.

Terdapat pula hasil yang sama dengan penelitian ini yakni penelitian yang dilakukan oleh Yusi, D (2000) yang meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan pengobatan di Puskesmas Bandarharjo Semarang, dimana dinyatakan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pemanfaatan pengobatan di Puskesmas.

Adanya urutan besarnya hubungan dari masing masing variabel tersebut khususnya pada variabel mutu pelayanan dapat menunjukkan urutan kepentingan (prioritas) yang diharapkan pasien yang datang ke Puskesmas Susukan I.

Keterhandalan mempunyai hubungan yang paling besar dengan pemanfaatan ulang karena pada dasarnya orang mengunjungi pelayanan kesehatan karena didorong oleh adanya kebutuhan untuk cepat sembuh. Sehingga pelayanan yang handal semestinya juga mampu memberikan manfaat dan hasil yang diinginkan (*efficacy*) sebagai salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan (Depkes RI, 1996).

Dari nilai korelasi positif berarti menunjukkan adanya arah hubungan yang positif, dimana semakin baik kehandalan suatu pelayanan semakin besar minat pemanfaatan ulang. Pasien akan merasa bosan dan tidak berminat memanfaatkan kembali suatu jasa pelayanan kesehatan jika tidak mempunyai keterhandalan yang baik, misalnya tidak sembuh sembuh.

Tingkat korelasi yang kuat antara variabel bebas dengan variabel terikat juga ada pada variabel empati, dengan kekuatan hubungan 0,558 dan arah hubungan positif. Sehingga hasil ini menunjukkan kesesuaian dengan teori sebelumnya bahwa semakin baik perhatian, empati yang ditunjukkan oleh pelayanan kesehatan semakin besar keinginan memanfaatkan ulang, dan sebaliknya.

Kenyamanan/ jaminan juga menjadi dasar orang memanfaatkan kembali pelayanan kesehatan yang ada. Nilai korelasi yang positif memberi arti bahwa semakin tinggi tingkat kenyamanan yang diterima maka semakin besar minat pemanfaatan ulang layanan tersebut. Sesuai dengan pendapat Wijono (1999) bahwa kenyamanan (*aminities*) dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya mereka untuk kembali ke fasilitas kesehatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan berikutnya.

Wijono (1999) selanjutnya mengatakan bila biaya berobat menjadi pertimbangan, maka kenyamanan akan mempengaruhi kemauan pasien untuk membayar pelayanan. Kenyamanan juga berhubungan dengan penampilan fisik dari fasilitas kesehatan, personil, dan peralatan medis

maupun non medis. Kenyamanan, kebersihan dan privacy juga sangat berperan. Unsur amenities yang lain, misalnya hal-hal yang membuat waktu tunggu lebih menyenangkan seperti adanya : musik, televisi, majalah, dan lain-lain. Kebersihan, adanya kamar kecil dan sekat/gordyn di ruang periksa penting untuk menarik pasien yang dapat menjamin kelangsungan berobat dan meningkatkan cakupan.

Dari hasil penelitian ternyata menunjukkan bahwa kekuatan hubungan variabel bukti langsung dan variabel daya tanggap dengan pemanfaatan ulang adalah rendah ($< 0,5$). Namun arah hubungannya positif sesuai dengan teori sebelumnya. Semakin *performance* suatu pelayanan kesehatan semakin baik pula mutunya, sehingga semakin besar minat pemanfaatan ulang (Azwar A, 1994).

C. Pembahasan Hasil Uji Multivariat

Dari uji multivariat diketahui bahwa ada tiga variabel bebas yang secara bersama-sama berhubungan dengan variabel terikat (pemanfaatan ulang). Ketiga variabel tersebut adalah empati, bukti langsung dan daya tanggap. Hal ini dinyatakan dengan uji ANOVA, dimana F hitung 39,854 dengan tingkat signifikansi 0,001. Nilai signifikansi yang ada pada ketiga variabel tersebut $< 0,05$ yakni variabel empati ($p=0,001$), variabel bukti langsung ($p=0,001$) dan variabel daya tanggap ($p=0,040$). Dengan demikian variabel empati, bukti langsung dan daya tanggap secara bersama berhubungan dengan pemanfaatan ulang.

Dari besarnya koefisien regresi pada kolom *standardize* terlihat bahwa besar hubungan pengaruh variabel bebas terhadap pemanfaatan ulang secara berturut – turut adalah variabel empati (0,424), variabel daya tanggap (0,285) dan variabel bukti langsung (0,134). Adapun besar kontribusi/sumbangan ketiga variabel tersebut terhadap pemanfaatan ulang ditunjukkan oleh besarnya *Adjusted R Square* yaitu 0,397 atau 39,7%, selebihnya 60,3 % disebabkan sebab-sebab lain.

Dari semua unit pelayanan yang diteliti ternyata penilaian responden terhadap variabel empati atau perhatian petugas terhadap pengunjung, memiliki hasil yang relatif paling rendah dibanding variabel yang lain. Hal ini menunjukkan bahwa masalah empati dalam hal ini terkait dengan hubungan antar manusia di puskesmas Susukan I perlu mendapat perhatian yang lebih.

Peningkatan mutu pelayanan dalam hal empati/ perhatian petugas terhadap pengunjung dapat dilakukan dengan mengadakan semacam pelatihan hubungan antar manusia (*interpersonal relations*).

Perhatian yang ditunjukkan oleh petugas terhadap setiap pengunjung akan sangat berpengaruh terhadap kepuasan pengunjung. Pengunjung akan merasa “dimanusiakan” walaupun hanya sekedar disapa atau diberi senyuman. Apalagi orang sakit yang perasaannya relatif lebih sensitif dan gampang tersinggung dengan perilaku atau sikap petugas.

Dari tabel 4.41. pada unit pelayanan poli gigi penilaian responden yang menilai baik terhadap variabel empati hanya 33,3 %. Hal ini dimungkinkan karena minimnya jumlah tenaga yang ada yakni hanya 1 orang perawat gigi.

Sehingga bisa terjadi apabila banyak pasien dan kondisi fisik maupun psikisnya sedang kurang sehat, maka perlakuan ataupun sikap petugas tersebut terhadap pasien maupun keluarganya akan menjadi kurang empati (kurang ramah, kurang sopan, kurang perhatian). Begitu pula yang ada pada unit pelayanan KIA, dimana tenaga bidan hanya 1 orang. Sehingga Puskesmas semestinya berusaha mengusulkan penambahan tenaga pada kedua unit pelayanan tersebut kepada pemerintah atau mengangkat tenaga kontrak.

Karena ketiga variabel tersebut merupakan faktor mutu pelayanan sebagaimana disebutkan oleh Tjiptono (2002), maka dari hasil uji tersebut diatas menunjukkan bahwa mutu pelayanan mempunyai hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan ulang. Dimana besar sumbangan variabel empati, bukti langsung dan daya tanggap secara bersama adalah 39,7 % terhadap pemanfaatan ulang selebihnya 60,3 % disebabkan sebab-sebab lain.

Dari hasil ini jelas bahwa masyarakat memanfaatkan pelayanan Puskesmas selama ini tidak dipengaruhi oleh masalah harga/biaya terbukti pada tahun 2002 angka kunjungan meningkat. Namun pemanfaatan pelayanan Puskesmas lebih dipengaruhi oleh faktor hubungan antar manusia (*interpersonal relations*) yang ditunjukkan dengan empati atau perhatian (*respect and caring*) dari petugas Puskesmas.

Secara umum mutu pelayanan berhubungan erat dengan pemanfaatan ulang. Hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Kotler (1995) bahwa pemanfaatan ulang sangat dipengaruhi oleh penilaian/ persepsi pembeli terhadap pelayanan yang diterima sebelumnya. Sebagaimana juga

disampaikan oleh Tjiptono (2002) bahwa Jika pelanggan merasakan apa yang ia terima sesuai dengan harapannya dan merasa puas maka hal itu dapat mendorong hubungan antara penyelenggara pelayanan dan pelanggannya menjadi harmonis, memberikan dasar yang baik bagi pembelian /pemanfaatan ulang, menciptakan loyalitas pelanggan serta membentuk rekomendasi dari mulut ke mulut.

Untuk itulah kiranya Puskesmas sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan perlu selalu berupaya meningkatkan kualitas pelayanannya. Menurut Tjiptono (2002) beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan antara lain :

- Mengidentifikasi determinan utama kualitas jasa, dalam hal ini dari sudut pandang pelanggan.
- Mengelola harapan pelanggan. Suatu hal yang mesti menjadi pedoman dalam mengelola pelanggan yaitu *“Jangan janjikan apa yang tidak bisa diberikan, tetapi berikan lebih dari apa yang dijanjikan”*
- Mengelola bukti (*Evidence*) kualitas jasa. Bukti-bukti kualitas jasa bisa berupa fasilitas fisik, penampilan petugas, perlengkapan, ketenangan, keramahan, kecermatan dan lain-lain.
- Mendidik konsumen tentang jasa. Pelanggan yang terdidik akan dapat mengambil keputusan secara lebih baik
- Mengembangkan budaya kualitas. Perlu komitmen menyeluruh pada setiap anggota untuk meningkatkan kualitas. Dalam masalah yang ditemukan pada penelitian ini terutama perihal empati dan daya

tanggap, hal yang bisa dilakukan untuk mengembangkan budaya kualitas diantaranya adalah mengajak semua petugas untuk bisa berempati atau memberikan perhatian kepada setiap pengunjung.

- Menindaklanjuti jasa. Perlu tindak lanjut menghubungi pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan dan persepsi mereka terhadap pelayanan yang diberikan.
- Mengembangkan sistem informasi kualitas jasa. Melalui riset akan diperoleh informasi tentang kekuatan dan kelemahan unit pelayanan (jasa) dari sudut pandang pelanggan yang memanfaatkan jasa.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Minat memanfaatkan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas Susukan I secara umum cukup tinggi.
2. Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas yaitu : tingkat ekonomi pasien, faktor mutu pelayanan bukti langsung (kondisi fisik) tempat pelayanan, keterhandalan pelayanan, daya tanggap (kepedulian petugas terhadap pengunjung), kenyamanan (suasana nyaman), dan empati (perhatian petugas terhadap pengunjung).
3. Penilaian responden terhadap mutu pelayanan rawat jalan Puskesmas secara umum baik, namun terdapat beberapa kelemahan yang menonjol yaitu pada masalah hubungan antar manusia (*interpersonal relations*) antara lain : daya tangggap seperti misalnya petugas menunda pelayanan sampai pasien cukup banyak, dan masalah empati (perhatian) misalnya petugas yang tidak ramah, tidak suka tersenyum atau tidak suka menyapa.
4. Kelemahan atau kekurangan pelayanan puskesmas menurut persepsi pasien dalam hal daya tanggap maupun empati terutama terdapat pada unit pelayanan KIA dan pelayanan poli gigi.
5. Tiga faktor mutu pelayanan yaitu empati (perhatian), daya tanggap dan bukti langsung (kondisi fisik) secara bersama mempunyai hubungan pengaruh terhadap pemanfaatan ulang pelayanan rawat jalan Puskesmas,

dimana empati (perhatian petugas terhadap pengunjung) menjadi faktor yang paling dominan dalam hubungan tersebut. Besar sumbangan ketiga faktor tersebut terhadap pemanfaatan ulang sebesar 39,7 % sedangkan 61,3 % dipengaruhi oleh faktor lain.

B. Saran

Berdasarkan hasil analisis dan kesimpulan yang diperoleh dalam penelitian ini, penulis menyampaikan beberapa saran antara lain :

1. Bagi Puskesmas Susukan I Banjarnegara

- a. Puskesmas perlu melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan terutama pada permasalahan yang berhubungan dengan sumber daya manusianya berkaitan dengan hubungan antara petugas dengan pasien. Peningkatan tersebut seperti dengan pelatihan dalam penampilan, keramahan, kesopanan dan lain-lain.
- b. Untuk meningkatkan mutu pelayanan empati maupun daya tanggap pada unit pelayanan gigi dan KIA, semestinya puskesmas berusaha menambah jumlah maupun kualitas petugasnya.

2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Banjarnegara

- a. Mengadakan pembinaan rutin ke Puskesmas dengan memperhatikan kondisi masing-masing Puskesmas, sehingga kebijakan yang dilakukan bisa berbeda antara puskesmas satu dengan yang lain.
- b. Mendorong Puskesmas untuk maju menuju puskesmas yang mandiri, seperti dengan mengadakan lomba puskesmas berprestasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Andersen, R, 1974. *A Behavioral Model of Families Use of Health Service*, Reseach Series 25, University of Chicago
2. Azwar, Azrul. 1994, *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Yayasan penerbitan IDI, Jakarta
3. _____. 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi ketiga Binarupa Aksara, Jakarta
4. Ahmadi, Abu. 1991, *Psikologi Sosial*, Rineka Cipta, Jakarta
5. Azwar, Saifuddin, 2000. *Realibilitas dan Validitas*, Edisi ketiga cetakan II, Pustaka Pelajar Offset, Yogyakarta
6. _____. 1988, *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*, Penerbit Liberty, Yogyakarta
7. Bennet, F.J, 1987. *Diagnosa Komunitas dan Problem Kesehatan*, Yayasan Essentia Medica, Jakarta
8. Biro Pusat Statistik, 2001. *Pengukuran Tingkat Kemiskinan di Indonesia*. Biro Pusat Statistik Jakarta.
9. Boyd, H.W., Walker, O.C. dan Larreche J.C., 2000, *Manajemen Pemasaran, Suatu Pendekatan Strategis dengan Orientasi Global*, Diterjemahkan oleh: Imam Nurmawan, Penerbit Erlangga, Jakarta
10. Budiarto, Wasis. 1990, *Elastisitas Permintaan Upaya Kesehatan Puskesmas si Kabupaten Ponorogo*, Buletin Penelitian Kesehatan 1 – 18 No. I
11. Bryson, M. John, 2001. *Perencanaan Strategis bagi Organisasi Sosial*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
12. Direktorat Bina Kesehatan Keluarga, *Buku Pegangan Kesehatan Ibu dan Anak*, Departemen Kesehatan RI., 1985
13. Dep Kes RI, 1998. *Pedoman Kerja Puskesmas Jilid I*
14. Gasperz, Vincent, 1997. *Manajemen Kualitas dalam Industri Jasa*, Gramedia, Jakarta.
15. Hadi, Sutrisno, 1991. *Analisis Butir Untuk Instrumen Angket, Tes dan Skala Nilai dengan BASICA*, Andi Offset, Yogyakarta

16. Juran, JM,1995. *Merancang Mutu ; Ancaman Baru Mewujudkan Mutu kedalam barang dan Jasa*, PT Pustaka Binaman Pressindo
17. Jacobalis, 2000. *Kumpulan Tulisan Terpilih tentang Rumah Sakit di Indonesia dalam Dinamika Sejarah, Transformasi, Globalisasi dan Krisis Nasional*, Yayasan Penerbit IDI, Jakarta
18. John Akin, et al. 1985. *The Demand for Primary Health Care Service in The Third World*, Rowan & Allan held, New Jersey, USA
19. Kotler, Philip. 1994. *Manajemen Pemasaran : Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian*, Edisi 6, Penerbit Erlangga, Jakarta
20. Kotler, Philip, 1997. *Marketing Management 9e Prentice Hall, Inc.*, New Jersey, Hendra Teguh dkk (alih bahasa), *Manajemen Pemasaran*, Jilid I, PT Prenhalindo, Jakarta
21. Kusnanto, Hari, 1999. *Dampak Krisis Ekonomi Terhadap Utilisasi Rawat Inap di RS Panti Rini Yogyakarta*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol.02/No.01/1999
22. LeBoeuf, M. 1992, *Memenangkan dan Memelihara Pelanggan*, Pustaka Tangga, Jakarta
23. Lemenshow, Stanley; Hosmer DW Jr; Klar,Janelle dan Lwanga, SK.1997. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
24. Mangkunegara, Prabu A.1988, *Perilaku Konsumen*, Penerbit PT Eresco, Bandung
25. Nasir, M.1999. *Metode Penelitian*,Cetakan I, Ghalia Indonesia, Jakarta
26. Pratiknya, Ahmad Watik. 1986, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, PT Rajawali, Jakarta
27. Pusdiklat Dep.Kes.RI, 1996, *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan*, Balai Pelatihan Kesehatan , Gombong Jawa Tengah.
28. Santosa, Singgih, 1996. *Aplikasi program SPSS.10. for Windows*, Elex Media Computindo, Jakarta
29. _____, 2000. *Buku Latihan SPSS Statistik Parametrik*,Elex Media Komputimdo, Jakarta
30. Supranto, J. 1997. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan, Untuk Meningkatkan pangsa Pasar*, Rineka Cipta, Jakarta

31. Singarimbun, Masri dan Effendi, S. 1989, *Metode Penelitian Survei*, LP3ES, Jakarta
32. Sugiyono, 1999. *Statistika untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung
33. Tjiong, Roy. 1991, *Problem Etis Upaya Kesehatan, Suatu Tinjauan Kritis*, Pt Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
34. Tjiptono, Fandy. 2002, *Manajemen Jasa*, Penerbit Andi, Yogyakarta
35. Tjiptono, Fandy dan Diana, Anastasia. 2002, *Total Quality Management*, Penerbit Andi, Yogyakarta.
36. Woodside A.G; LL Frey; RT Daly. 1989, *Lingking Service Quality, Customer Satisfaction and Behavior Intention*, Journal of Health Care Marketing, December Vol 9, pp 5-17
37. Wijono, Djoko. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan : Teori, Strategi dan Aplikasi*, Airlangga University Press, Surabaya
38. Yusi, Dwi, 2000. *Beberapa Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Pengobatan di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang*, Skripsi, Undip
39. Yoeti, Oka A, 1999. *Customer Service, Cara Efektif Memuaskan Pelanggan*, Pradnya Paramitha, Jakarta
40. Usman, H dan Akbar, S, 1995. *Pengantar Statistika*, Bumi Aksara, Jakarta